



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Reprobación penal de la causación de la muerte en el
contexto eutanásico

Autor/es

REBECA EGUIZÁBAL EGUIZÁBAL

Director/es

SERGIO PÉREZ GONZÁLEZ

Facultad

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Titulación

Grado en Derecho

Departamento

DERECHO

Curso académico

2016-17



Reprobación penal de la causación de la muerte en el contexto eutanásico, de
REBECA EGUIZÁBAL EGUIZÁBAL

(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative
Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los
titulares del copyright.

© El autor, 2017

© Universidad de La Rioja, 2017

publicaciones.unirioja.es

E-mail: publicaciones@unirioja.es



**UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA**

FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

**CURSO 2016/2017
GRADO EN DERECHO**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**REPROBACIÓN PENAL DE LA CAUSACIÓN DE LA MUERTE EN EL
CONTEXTO EUTANÁSICO**

REBECA EGUIZÁBAL EGUIZÁBAL

**TUTOR
SERGIO PÉREZ GONZÁLEZ**

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	4
II. EL CONTEXTO EUTANÁSICO.....	5
1. Concepto y etimología	5
2. Cuestiones previas	6
2.1. Comienzo y final de la vida.....	9
2.2. Dignidad.....	11
2.3. Autonomía.....	12
2.4. Muerte digna.....	15
III. PROHIBICIÓN PENAL DE LA PRÁCTICA EUTANÁSICA	23
1.Evolución histórica	23
2. Tipos de eutanasia	24
3. Requisitos del tipo.....	26
3.1 Sujeto activo	26
3.2 Sujeto pasivo.....	27
3.3 Petición del enfermo.....	27
3.4 Enfermedad grave	31
3.5. Conducta necesaria	33
III. LA EUTANASIA Y DERECHO COMPARADO	34
1. Holanda.....	35
2. Bélgica.....	37
3. Suiza	38
4. Alemania	39
5. Italia	41
IV. CONCLUSIONES	42
BIBLIOGRAFÍA	44

RESUMEN

La eutanasia es un tema que suscita numerosas controversias y debates. A lo largo de los años la eutanasia ha cobrado mayor relevancia, ya que todos tenemos derecho a la vida. Pero se cuestiona si las personas tenemos *derecho a morir*. Para ello hay que resolver múltiples cuestiones relacionadas con el derecho fundamental de la vida.

Para poder responder a algunas de las cuestiones principales de la eutanasia, es necesario analizar la disponibilidad jurídica de la vida, la dignidad y la autonomía, los cuales son valores fundamentales inherentes a cada individuo. Pero en el *proceso de la muerte* o en la decisión de *poner fin a la vida* pueden verse mermados en múltiples sentidos.

A lo largo de este trabajo he abordado la reprobación penal de la causación de la muerte en el contexto eutanásico, incluyendo aportaciones constitucionales y filosóficas. Además, he considerado las diferentes regulaciones de la eutanasia en distintos ordenamientos jurídicos.

ABSTRACT

Euthanasia is a matter that raises many controversies and debates. Over the years euthanasia has become more relevant, due to we all have the right to life. But it is questionable whether people have *the right to die*. This requires solving multiple issues related to the essential right of life.

In order to answer some of the main issues of euthanasia it is necessary to analyse the legal availability of life, dignity and autonomy which there are inherent values to each individual. But in the process of death or the decision to finish off with life they can be reduced in many legal systems.

Throughout this work I have dealt criminal reprobation of the cause of death in the euthanasia context, including constitutional and philosophical contributions. In addition, I have also considered the different regulations of euthanasia in different legal systems.

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han producido numerosos avances científicos, técnicos y médicos, los cuales han supuesto un cambio importante en el ámbito de la medicina. Por un lado, se han mejorado los tratamientos y los cuidados de los enfermos. Por otro lado, se produce una prolongación de la vida a través de respiradores asistidos y de alimentación artificial que mantienen con vida a personas que en realidad no la están viviendo.

A consecuencia de esto, se producen nuevos debates sobre la eutanasia en nuestra sociedad y sobre todo de la regulación de ella en nuestro ordenamiento jurídico. El concepto de eutanasia es difícil de determinar, ya que no existe una definición aceptada por todos. Se trata de una cuestión bastante controvertida, que suscita diversas opiniones, tanto a favor como en contra. El objetivo de la realización de este trabajo es el análisis del contexto eutanásico en el ordenamiento jurídico español, en conocer mejor el término de eutanasia, lo que supone en nuestra sociedad y las diferentes cuestiones que la rodean.

Los apartados que se van a analizar a lo largo del trabajo son, en primer lugar, las posibles definiciones de eutanasia que existen dependiendo de un autor u otro. En segundo lugar, la importancia del derecho a la vida en nuestro ordenamiento jurídico, asentada por diversos pronunciamientos del Tribunal Constitucional, del mismo modo, se examina la dignidad, la autonomía del paciente, así como la expresión “muerte digna” y los diferentes derechos que tienen las personas a la hora de recibir o rechazar un tratamiento que en última instancia causará su muerte, como puede ser el rechazo a las transfusiones de sangre por parte de los Testigos de Jehová o las huelgas de hambre en centros penitenciarios. En tercer lugar, los requisitos del tipo de injusto de la conducta eutanásica regulada en el artículo 143.3 del Código Penal; el sujeto activo, sujeto pasivo, la necesidad de petición y como debe solicitarse, el tipo de enfermedad que debe padecer la persona, y la conducta necesaria por parte del sujeto activo. En cuarto y último lugar, se analizará brevemente diversas legislaciones cercanas en las que se ha despenalizado la eutanasia o el auxilio al suicidio, como otras en las que, al igual que en España, la causación de la muerte en contextos eutanásicos está penada.

Finalmente, se formulan una serie de conclusiones a las que he llegado tras el estudio y la realización de este trabajo.

II. EL CONTEXTO EUTANÁSICO

1. Concepto y etimología

La definición de eutanasia tiene diferentes significados dependiendo de un autor u otro. La eutanasia se puede abordar desde diversos puntos de vista como puede ser el social, religioso, jurídico o ético-filosófico. En las diversas definiciones existe por lo tanto, un componente valorativo, como pueden ser las condiciones objetivas del paciente, la justificación del acto o el peso de la voluntariedad.

Por ello, podemos decir que es difícil encontrar una definición unánime aceptada por todos, como apunta Porras del Corral; “Es un problema poliédrico, con muchas caras que no contribuyen a facilitar ese mínimo ético, al menos desde el que ir articulando toda una filosofía de la vida y la muerte”¹.

En sentido amplio, el término de eutanasia se asocia al concepto de *buena muerte* como indica su raíz etimológica, procedente de las palabras griegas *eu*, que significa bien o buena y *thanatos* cuyo significado es muerte. Si tenemos en cuenta su origen, la eutanasia se refiere a un homicidio compasivo, basado en la muerte de una persona sin que padezca ni sufrimientos físicos ni morales. Del término eutanasia existen diferentes definiciones tales como la que nos aporta Marcos del Cano; “La acción u omisión que provoca la muerte de una forma indolora quien, sufriendo una enfermedad terminal de carácter irreversible y muy doloroso, la solicita para poner fin a sus sufrimientos”².

También definida por Sánchez Jiménez; “Son aquellas intervenciones mediante acciones u omisiones, que en consideración a una persona, buscan causarle la muerte para evitar una situación de sufrimiento, bien a petición de este, bien al considera que su vida carece de la calidad mínima para que merezca el calificativo de digna”³.

¹ Porral del corral. M., “Eutanasia: un debate abierto”, en *Problemas de la eutanasia*; F.J Ansuátegui Roig (coord.), Madrid, Dykinson, 1999, pág.157.

² Marcos del Cano, M.A., *La eutanasia: estudio filosófico-jurídico*, Madrid, Marcial Pons, 1999, pág. 69 o también podemos encontrar otras definiciones como: *Muerte provocada de modo activo o pasivo para evitar los sufrimientos del enfermo*; Ballesteros, J., “Ortotanasia: el carácter inalienable del derecho a la vida”, en *Problemas de la eutanasia*, cit, pág.49.

³ Jiménez, Sánchez, E., *La eutanasia ante la moral y el derecho*, Sevilla, Universidad de Sevilla, 1999, pág.30.

Por último, queremos dejar constancia de la definición que hace la Real Academia Española acerca de la conducta eutanásica como la “1. Intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura. 2. Muerte sin sufrimiento físico”⁴.

A la vista de estas definiciones se puede observar cómo cada autor aporta en su definición diferentes aspectos que cada uno considera más relevantes a la hora de hablar de eutanasia.

Hay que mencionar que a lo largo de los años la eutanasia se ha ido convirtiendo en un problema cada vez más complejo, puesto que en la actualidad nos encontramos con numerosos avances técnico-científicos que se han producido en el campo de la medicina, lo que ha supuesto una doble visión. Por un lado, han aportado una mejora en las condiciones de la vida. Pero a su vez se ha producido una prolongación artificial de la vida del paciente mediante respiradores asistidos, reanimadores etc. Algunos de esos pacientes están viviendo una vida que no desean y por ello desean acabar con su sufrimiento.

2. Cuestiones previas

El derecho penal protege bienes jurídicos, los cuales son definidos como “Presupuestos que la persona necesita para su autorrealización y el desarrollo de su personalidad en la vida social”⁵. El bien jurídico protegido en la prohibición de la conducta eutanásica es el derecho a la vida y el objeto de este implica su protección desde el nacimiento de la persona hasta su muerte. Además, el derecho a la vida constituye el pilar fundamental sobre el que recaen los demás derechos fundamentales, el Tribunal Constitucional se pronuncia en la sentencia de 11 de abril de 1985, diciendo que el “Derecho a la vida tiene la proyección de un valor superior del ordenamiento jurídico constitucional. Constituye el derecho fundamental esencial y troncal en cuanto es el supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible”⁶. Del mismo modo, el Tribunal Constitucional considera que el derecho a la vida se encuentra estrechamente relacionado con el valor jurídico fundamental de la dignidad humana que se regula en el artículo 10 de la Constitución Española (CE en adelante). Por el contrario, no se dice nada sobre que el

⁴ Diccionario de la lengua Española, Madrid, Espasa libros, S.L.U, edición 23ª, 2014, pág.983.

⁵ Muñoz Conde, F. y García Arán, M., *Derecho penal; parte general*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2015, 9ª edición, pág. 63.

⁶ Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 de abril de 1985. FJ3.

derecho a la vida se imponga a otros derechos fundamentales, dado que en la CE no existe una jerarquía entre dichos derechos. La relación entre ellos se hace a través de la delimitación de cada derecho y en los supuestos de colisión dispondremos de las técnicas de ponderación y de proporcionalidad⁷.

El derecho a la vida es un derecho fundamental, ya que se localiza en el Título II, capítulo segundo, sección primera con la rúbrica “de los derechos fundamentales y libertades públicas”, como consecuencia tiene una tutela reforzada, dado que el procedimiento de reforma es especial, el desarrollo del artículo debe ser mediante Ley Orgánica. En el ámbito judicial es tutelado por los tribunales ordinarios a través de un procedimiento específico, preferente y sumario⁸. El estado tiene una doble función ante los derechos fundamentales; por un lado, debe abstenerse de no lesionarlos y por otro, se encuentra vinculado por la obligación positiva de garantizar su eficacia a través de un adecuado sistema legal de protección⁹.

Concretamente, el derecho a la vida está regulado en el artículo 15 CE: “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral [...]”. Por lo que se deduce del término *todos*, la facultad de exigir y pretender el respeto y la protección de la vida por el Estado. El derecho a la vida es aplicable de forma directa sin que sea necesario un posterior desarrollo legislativo¹⁰. Aunque aun siendo un derecho fundamental no tiene carácter absoluto, por lo que está sometido a límites¹¹. Así lo apunta el Tribunal Constitucional, en la anteriormente mencionada sentencia de 11 de abril de 1985, en la que se pronunció sobre el carácter limitado del derecho a la vida: “No significa que dicha protección haya de revestir carácter absoluto, pues, como sucede en relación con todos los bienes y derechos constitucionalmente reconocidos, en determinados supuestos puede y aún debe estar sujeta a limitaciones”¹². Se puede decir que el derecho a vivir de cada persona incluye una serie de compromisos de los poderes públicos, ya que el ser humano está construyendo una visión de su vida¹³.

⁷ Chueca Rodríguez, R., “Los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física: el poder de disposición sobre el final de la vida propia”, *XVI Congreso derecho y salud*, Vol.16, 2008. pág. 4.

⁸ Álvarez Gálvez, I., *La eutanasia voluntaria autónoma*, Madrid, Dykinson, S.L, 2002, pág.172.

⁹ Tomás-Valiente Lanuza, C., “La jurisprudencia del Tribunal Constitucional sobre el derecho a la vida y a la integridad física”, en *Constitución, derechos fundamentales y sistema penal*, tomo II; Carbonell Mateu, J.C., González Cussac, J.L., Orts Berenguer E., (dirs.) y Cuerda Arnau, M.L., (coord.), Valencia, Tirant lo Blanch, 2009, pág.1839.

¹⁰ Parejo Guzmán, M^aJ., *La eutanasia ¿un derecho?*, Navarra, Aranzadi, S.A, 2005, pág.280.

¹¹ Núñez Paz, A.M., *La buena muerte*, Madrid, Tecnos, 2006, pág.209.

¹² Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985 de 11 de abril. FJ.7.

¹³ Chueca Rodríguez, R., “El marco constitucional del final de la propia vida”, *Revista Española de derecho constitucional*, N^o 85, enero- abril, 2009, pág. 115.

Junto con el derecho a la vida hay que tener presente su vinculación de forma clara y directa con la dignidad y el libre desarrollo de la personalidad regulado en el artículo 10.1 CE. El principal problema de la disponibilidad de la vida por parte del titular o dicho de otra manera, si el derecho a la vida integra la posibilidad de acabar con ella, ya sea bien por su titular o con ayuda de terceras personas. En el ámbito penal, en el contexto eutanásico el consentimiento serio, expreso e inequívoco del titular de la vida solo produce la atenuación de la pena respecto de la conducta de cooperación al suicidio, regulado en el artículo 143.2 y 3 del Código Penal¹⁴.

La relación entre la intervención del Estado y la disponibilidad de la vida se puede abordar desde diversos puntos de vista. Podemos distinguir dos grupos; por un lado, aquellos que consideran que el Estado a través de las garantías constitucionales, debe proteger la vida humana sin tener presente la voluntad de vivir o morir del titular de la misma, por lo que el derecho a la vida regulado en el artículo 15 CE es un derecho primordial y no supone la facultad de disponer de la vida por parte del titular¹⁵. Por otro lado, tenemos aquellos que aprecian que del artículo 15 CE no se puede deducir el carácter absoluto de la protección de la vida, ni por supuesto el de su indisponibilidad¹⁶. Es verdad, que dicho artículo supone una garantía frente al Estado que este debe respetar y proteger, en cambio de esta situación no puede derivarse una protección absoluta del derecho a la vida y tampoco que el titular de ella no pueda disponer de su propia vida¹⁷.

El Tribunal Constitucional se pronunció acerca del derecho fundamental a la vida, como derecho subjetivo, por el cual sus titulares pueden recabar ayuda de los órganos judiciales en el momento que los poderes públicos amenacen su vida o su integridad¹⁸. Como derecho objetivo impone a estos el deber de adoptar medidas necesarias para proteger la vida, la integridad física frente a los ataques de terceros. El derecho a la vida incluye en su contenido esencial una prohibición y una habilitación de los poderes públicos para obligar al ciudadano a ejercer un derecho cuyo objeto rechaza¹⁹. Por ello, en nuestro ordenamiento no

¹⁴ Art. 143.2; “Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al quien coopere con actos necesarios al suicidio de una persona”, 3; “Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte”.

¹⁵ Parejo Guzmán, M^a José., *La eutanasia ¿un derecho?*, Navarra, Aranzadi S.A. 2005, pág.53- 54.

¹⁶ Moreno Antón, M., “ El TC ante algunas manifestaciones de la libertad religiosa: la negativa de los Testigos de Jehová a las transfusiones de sangre” en *La libertad religiosa y de conciencia ante la justicia constitucional*; Martínez-Torrón, Javier (ed.), Granada, Comares S.L, 1998,pág. 696.

¹⁷ Núñez Paz, M.A., *La buena muerte*, cit, pág. 213-214.

¹⁸ Sentencia Tribunal Constitucional 120/1990, de 27 de junio. FJ 7.

¹⁹ Chueca Rodríguez, R., “El marco constitucional del final de la propia vida”, *Revista Española de derecho constitucional*, cit, pág. 115.

existe un derecho a morir como parte del derecho a la vida, por lo tanto, no es posible exigir a los poderes públicos o a terceros la ayuda para poner fin a ella²⁰. El pronunciamiento del Tribunal Constitucional deja claro esta cuestión; “El derecho a la vida tiene un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte”²¹.

2.1. Comienzo y final de la vida

El bien jurídico protegido es el derecho a la vida y por ello es necesario precisar el comienzo y el final de la vida. En épocas precientíficas el problema se resolvía acudiendo a criterios filosóficos y teológicos como el de la animación, según el cual la vida comienza en el momento en que el cuerpo se une con el alma. Sin embargo, con el paso del tiempo con la evolución de la medicina y del derecho, se fijaron otros criterios para establecer el comienzo de la vida humana, como pueden ser la anidación del óvulo ya fecundado o el comienzo de la actividad cerebral. La doctrina dominante se inclina por admitir el comienzo de la vida humana a efectos penales en el momento de la anidación o de la implantación del óvulo fecundado en el útero materno, a los 14 días de la fecundación. Esta elección se respalda a través de varios argumentos; a partir de la anidación se produce una vinculación orgánica entre el embrión y la embarazada, el embrión se adhiere a la pared del útero y recibe de él los impulsos necesarios para su desarrollo. La teoría de la anidación amplía el campo de acción de los medios anticonceptivos²².

El Tribunal Constitucional, se ha pronunciado sobre el comienzo de la vida humana diciendo que; “Los cambios cualitativos en el desarrollo del proceso vital y partiendo del supuesto que la vida es una realidad desde el inicio de la gestación, tiene particular relevancia el nacimiento, ya que significa el paso de la vida albergada en el seno materno a la vida albergada en la sociedad”²³. El criterio de la anidación es el que se utiliza para determinar el comienzo de la gestación que hizo referencia el Tribunal Constitucional.

²⁰ Chueca Rodríguez, R., “Los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física: el poder de disposición sobre el final de la vida propia”, cit. pág.11.

²¹ Sentencia del Tribunal Constitucional 120/1990, FJ.7 y sentencia del Tribunal Constitucional 137/1990, de 19 de julio. FJ.5.

²² Muñoz Conde, F., *Derecho penal parte especial*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2015, 20ª edición, págs.73-74.

²³ Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985 de 11 de abril. FJ.5.

A continuación, deberemos precisar en qué momento se puede hablar del final de la vida humana y, por lo tanto, cuándo finaliza su protección jurídica. En la Antigua Grecia, los médicos pensaban que el corazón era el lugar en el que se asentaba la vida, por lo tanto, el latido del corazón hacía la distinción entre el estado de vida y muerte. La tradición judía, por el contrario, consideraba que el signo de vida era la respiración y de esta forma, la muerte ha estado vinculada a la ausencia del latido del corazón y la respiración²⁴. En cambio, con el paso de los años ha ido evolucionado, debido a los continuos avances médicos y tecnológicos que pueden mantener de forma artificial la respiración y la circulación del paciente. De esta manera, se hace más complicado fijar el momento concreto en el que se produce el fallecimiento de una persona, que sucederá con la muerte cerebral.

El criterio neurológico para la determinación de la muerte tiene su origen en el llamado *coma dépassé* descrito en 1968, por los médicos Mollaret y Goulon. Apareció en el contexto de los cuidados intensivos, aunque el primer trasplante de corazón en 1968 influyó en la Comisión de expertos de Harvard que estudió la posibilidad de ofrecer un nuevo criterio de muerte²⁵. La muerte cerebral es definida como el cese irreversible en las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto en los hemisferios cerebrales como del troncoencéfalo²⁶. El diagnóstico de la muerte cerebral se basa en una exploración neurológica exhaustiva. El diagnóstico clínico se fundamenta en tres pilares; el coma arreactivo, ausencia de reflejos troncoencefálicos y apnea. Las pruebas complementarias para el diagnóstico de muerte cerebral pueden ser de distinto tipo, electroencefalograma, angiografía cerebral, doppler transcraneal entre otras²⁷. La comprobación de la muerte de la persona se basa en la existencia de datos de irreversibilidad de lesiones cerebrales, incompatibles con la vida humana²⁸.

²⁴ Cabré Pericas, Lluís., “Problemas al final de la vida en la medicina altamente tecnificada. Aspectos bioéticos” en *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad Terminal y la eutanasia*, Gómez Tomillo, Manuel (dir.), Madrid, Unión Editorial, S.A. 2008, pág. 493.

²⁵ Requena-Meana, P., “El diagnóstico de la muerte cerebral”, *Revista persona y bioética*, Vol. 13 N°2, julio-diciembre, 2009, pág.132.

²⁶ Cabré Pericas, Lluís., “Problemas al final de la vida en la medicina altamente tecnificada. Aspectos bioéticos” cit. pág.495.

²⁷ Requena-Meana, P., “El diagnóstico de la muerte cerebral”, cit, pág.135.

²⁸ En la legislación española se regula como debemos determinar la muerte cerebral, en el artículo 5 de la Ley 30/1979 de 27 de octubre, sobre la extracción y trasplante de órganos; “Uno. La extracción de órganos u otras piezas anatómicas de fallecidos podrá hacerse previa comprobación de la muerte. Cuando dicha comprobación se base en la existencia de datos de irreversibilidad de las lesiones cerebrales y, por lo tanto, incompatibles con la vida [...]”.

2.2. Dignidad

La dignidad se encuentra regulada en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, concretamente en su artículo 1, que lleva como rúbrica “Dignidad humana”, y dispone: “La dignidad humana es inviolable. Será respetada y protegida”. También la encontramos en la Declaración Universal de Derechos Humanos aprobada el 10 de diciembre de 1948²⁹, en su artículo 1, en el cual se hace referencia a la dignidad humana³⁰; “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”.

En la Constitución Española la dignidad se localiza en el artículo 10.1, ubicado en el título I, cuya rubrica es “de los derechos y deberes fundamentales”, por lo que podemos advertir que la dignidad no viene incluida entre los derechos fundamentales. Por el contrario, sí queda expresamente reconocido que la dignidad es calificada como inviolable, inherente y fundamento del orden político y de la paz social³¹. El Tribunal Constitucional ha descartado que la dignidad sea un derecho fundamental, calificándola como valor fundamental, principio, valor espiritual; “Junto con el valor de la vida humana y sustancialmente relacionada con la dimensión moral de ésta, nuestra Constitución ha elevado también a valor jurídico fundamental la dignidad de la persona, que sin perjuicio de los derechos que le son inherentes [...] Puede deducirse que la dignidad es un valor espiritual y moral inherente a la persona, que se manifiesta singularmente en la autodeterminación consciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás”³². Del mismo modo el Tribunal Constitucional dispone que la dignidad está reconocida a todas las personas con carácter general, pero no se puede ignorar que existen límites impuestos por la existencia de otros derechos y bienes reconocidos por la Constitución.

²⁹ Requejo Pagés, J.L., “La dignidad de la persona como categoría conceptual en el derecho de la unión”, en *Dignidad humana y derecho fundamental*; Ricardo Chueca (dir.), Madrid, centro de estudios políticos y constitucionales, 2015, págs.279-280.

³⁰ La dignidad humana aparece ya en el preámbulo de la Declaración Universal de Recursos Humanos “considerando la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de una unidad familiar”.

³¹ González Morán, L., “Concepto constitucional de la dignidad humana”, en *Dignidad humana y bioética*; Javier de la Torre Díaz (ed.), Madrid, publicaciones de la universidad pontificia comillas, 2008. pág.180-18. También Pascual Medrano, A., “La dignidad humana como principio jurídico del ordenamiento español” en *Dignidad humana y derecho fundamental*, cit. págs.297-298.

³² Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 de abril de 1985.FJ8. Sentencia del Tribunal Constitucional 120/1990 de 27 de junio. FJ4.

La dignidad la entendemos como reconocimiento, no humillación, identidad propia de cada ser humano, virtud, mérito. La dignidad de la persona es una cualidad esencial que le corresponde a cada uno por igual, como fundamento del orden jurídico, cualidad humana que es indisponible por los propios humanos, aunque puede ser violentada por ellos³³. La dignidad de una persona enferma se ve sometida a circunstancias especiales, como puede ser por el dolor que padece, la sensación de indefensión, la incertidumbre de su situación, el miedo a lo que pasará y las consecuencias que traerá a su vida. En este momento, la dignidad se difumina, desaparece. La enfermedad resta alguna de las funciones cerebrales importantes y ve mermada la capacidad para ser autosuficiente, es decir el enfermo pierde autonomía³⁴.

Sin embargo, la dignidad de la persona está estrechamente vinculada con la calidad de la vida. Solamente será una vida digna cuando tenga cierta calidad. Por ello, nuestras vidas tienen que tener una serie de condiciones mínimas que lleven consigo una protección. En cambio, la calidad de la vida puede tener diferentes concepciones, dependiendo de cada persona. Es posible hacer una diferenciación entre aquellos que la consideran como un atributo de la vida y los que la identifican como un conjunto de propiedades de la misma. Es necesario poder llegar a un cierto equilibrio entre la protección de la vida y el deseo de poner fin a una vida indigna.

2.3. Autonomía

Podemos entender la autonomía de una manera general como el reconocimiento que tiene cada ser humano de actuar y determinar su propio destino. Como es natural no es válida cualquier voluntad de la persona que desea morir, sino que debe cumplir dos condiciones. Debe ser una voluntad autentica y racional, se requiere que constituya un acto consciente, y que no exista ninguna intromisión de personas externas³⁵. El consentimiento informado obtiene su legitimación del Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la

³³ Ruiz Lapeña, R., "La dignidad humana y derecho fundamental", en *Dignidad humana y derecho fundamental*, cit, págs. 341-343.

³⁴ "La vivencia de un presidente del congreso que se levanta por la mañana con el brazo y la pierna derecha paralizada y sin poder hablar. Cuenta sus sentimientos y como su dignidad fue dañada hasta el punto de que necesitaba ayuda para bañarse, comer, vestirse. La situación que era que le trataran como un niño pequeño haciendo rompecabezas o llamándole diminutivamente". Sanjuanbenito, L., "La dignidad de las personas en la práctica clínica", en *Dignidad humana y bioética*, cit. págs.121-122.

³⁵ Marcos del Cano, M.A., *La eutanasia: estudio filosófico*, cit págs.178-179.

dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. (Convenio relativo a los derechos humanos y la Biomedicina)³⁶.

En la autonomía del paciente se encuentra la necesidad de obtener su consentimiento libre e informado para cualquier intervención sanitaria, incluyendo la libre revocación del paciente de su consentimiento³⁷. Sólo en los supuestos recogidos en la Ley 41/2002, concretamente en su artículo 9, podrán los médicos intervenir clínicamente al paciente sin su consentimiento, para ello debe existir un riesgo inmediato grave y que no sea posible tener el consentimiento del paciente. Será necesario que se consulte con sus familiares o con las personas cercanas al paciente cuando las circunstancias lo permitan³⁸. No siempre será el paciente quien pueda o deba prestar el consentimiento, ya que el apartado tres del artículo 9 regula la posibilidad de otorgar el consentimiento por representación, solo en tres supuestos, “a) cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación, b) cuando el paciente esté incapacitado legalmente, c) cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectualmente ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de atenuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente”. Aunque con la representación pueden surgir diversos problemas, por ejemplo, el supuesto de un menor Testigo de Jehová se niega a someterse a una transfusión sanguínea, y el médico pidió el consentimiento a sus padres, pero estos también se negaron, teniendo que acudir a una autorización judicial para hacerle la transfusión de sangre que finalmente no se produjo porque el menor no se dejaba³⁹.

³⁶ Chueca Rodríguez, R., “Los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física: el poder de disposición sobre el final de la vida propia”, cit, pág.7.

³⁷ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Art.8; “1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, reciba la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.” “5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento”.

³⁸ Gallego Riestra, S., *El derecho del paciente a la autonomía personal y las instrucciones previas: Una nueva realidad legal*, Navarra, Aranzadi, S.A, 2009, pág.98.

³⁹ Sentencia Tribunal Constitucional 154/2002, de 18 de julio. El Tribunal Constitucional se pronunció exonerando a los padres ya que se vulneraba el derecho fundamental a la libertad religiosa.

En todo caso, el consentimiento debe ser libre, informado y competente, deber ser una decisión tomada libremente sin mediar coacción o engaño. El paciente tiene que tener capacidad de comunicación y de comprensión, en cada persona estas capacidades serán diferentes dependiendo de sus circunstancias⁴⁰. Para poder conocer la definición de consentimiento deberemos acudir al artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁴¹. La autonomía del paciente hace necesario el consentimiento y a la vez se exige la previa información por parte del médico, debido a que todos los pacientes tienen el derecho a conocer toda la información sobre cualquier actuación que se les haga⁴². La información debe proporcionar al paciente unos conocimientos válidos y suficientes para poder dar su consentimiento, como puede ser la naturaleza de la intervención o tratamiento, los riesgos y consecuencias que puede tener. Se exige que esta información se haga de manera comprensible y adecuada para el paciente⁴³. Además, como norma general será realizada de manera verbal, aunque en las intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores se hará por escrito⁴⁴.

El derecho de información puede limitarse por la existencia de un estado de necesidad terapéutico, por el cual el médico puede actuar sin informar antes al paciente, siempre y cuando lo haga por razones objetivas, es decir esta información afectaría de manera grave a la salud del paciente. El médico deberá dejar constancia de este hecho en la historia clínica

⁴⁰ Laporta Sanmiguel, J.F., “Autonomía personal y principios éticos de la intervención sanitaria”, en *Autonomía personal y decisiones médicas*; Blanca Mendoza Buergo (ed.), Navarra, Aranzadi. S.A, 2010, págs.26-30.

⁴¹ “La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.

⁴² Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Art 4.1; “Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados en la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias”.

⁴³ Alonso Álamo, M., “El consentimiento informado del paciente en el tratamiento médico. Bases jurídicas e implicaciones penales”, cit págs.107-108. Regulado en Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Art 4.2; “La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad”.

⁴⁴ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Art 8.2; “El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que supone riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente”.

del paciente y deberá comunicárselo a los familiares o personas cercanas a él. Hay que concretar que no estaríamos engañando ni ocultando información al paciente, sino que el médico desconoce cuanta es la información que desea conocer el paciente de su diagnóstico y pronóstico⁴⁵. Es preciso que hagamos mención a la información terapéutica, se encarga de asegurar la cooperación del paciente con el médico y de lograr un buen uso del tratamiento, como puede ser advertir de los posibles efectos secundarios, las dosis que se tiene que tomar, las medidas de prevención, la disminución de sus facultades para conducir⁴⁶.

2.4. Muerte digna

En nuestra sociedad la muerte sigue siendo un tabú. Sabemos que es un momento inevitable en nuestra vida, sin embargo, no perdemos demasiado tiempo en pensar cómo será o cuándo llegará. La muerte no puede considerarse como un momento, un instante, sino como un proceso. Nadie es capaz de impedir la muerte, pero cada persona debería decidir cómo quiere afrontar ese momento. El derecho a morir con dignidad tiene diferentes argumentos dependiendo de la situación y las convicciones del enfermo⁴⁷. La muerte en el contexto eutanásico puede conocerse como la buena muerte, derecho a la propia muerte o derecho a morir con dignidad.

El derecho a morir con dignidad ha ido cobrando mayor relevancia como consecuencia de los avances tecnológicos y médicos que producen una prolongación de la vida del paciente de manera artificial. Por lo tanto, es necesario proteger los derechos de la persona ante una nueva situación médica y tecnológica. El término derecho a morir con dignidad es aceptado cada vez más por la sociedad⁴⁸. En cambio, los problemas comienzan a la hora de concretar los objetivos y las decisiones que son o no legítimas en este derecho⁴⁹. Existen una serie de facultades que tiene el enfermo a la hora de encaminarse al proceso de la muerte, alguna de ellas son el derecho a morir con serenidad y dignidad, es decir el enfermo

⁴⁵ Gallego Riestra, S., *El derecho del paciente a la autonomía personal y las instrucciones previas: Una nueva realidad legal*, cit. pág.111.

⁴⁶ Blanco Cordero, I., “Relevancia penal de la omisión de la información terapéutica en el marco del tratamiento del dolor”, en *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad Terminal y la eutanasia*; Gómez Tomillo, Manuel (dir.), Madrid, Unión Editorial, S.A. 2008, págs.38-40.

⁴⁷ Palacios, M., “Asistencia a la muerte con dignidad y Convención sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina”, en *Autonomía personal, cuidados paliativos y derecho a la vida*; Miguel ángel Presno Linera (coord.), Asturias, institución de la Procuradora General del Principado de Asturias, 2011, págs. 24-26.

⁴⁸ Encuesta por el C.I.S, nº 2803, 28 de mayo 2009. Concretamente preguntas 23 y 24.

⁴⁹ Méndez Baiges, V., *Sobre morir*, Madrid, Trotta, 2002. págs. 52-53.

no puede ser utilizado como un mero objeto por la ciencia médica. El derecho a rechazar el “encarnizamiento terapéutico”, los medios desproporcionados, extraordinarios o peligrosos de curación y rechazar aquellos tratamientos que solo consigan prolongar el sufrimiento y los dolores del enfermo⁵⁰. El paciente tiene la facultad de rechazar tratamientos médicos incluidos los que ya han comenzado, aunque suponga su muerte⁵¹. Sin embargo, con este derecho surgen diversas opiniones, se discuten los límites y las posibles justificaciones, como pueden ser las creencias religiosas, morales o ideológicas -que más adelante apuntaremos-. El enfermo tiene derecho a recibir un tratamiento paliativo del dolor durante el proceso de morir con el fin de evitar el sufrimiento innecesario del paciente⁵². Teóricamente estos derechos quedan claros pero los problemas se reflejan en la práctica.

Los llamados cuidados paliativos consisten en asistir emocional y espiritualmente al paciente, y a sus familiares, ayudarles a prepararse para su muerte. En los cuidados paliativos se utilizan fármacos y otros medios que mitigan el sufrimiento del enfermo⁵³. Se tiene en cuenta a la persona, su dolor físico, su agonía, con la finalidad de aliviar los síntomas de enfermedades incurables en fase terminal⁵⁴. Sus objetivos fundamentales son promover la máxima calidad de vida, dignidad y autonomía de los pacientes, la adaptación del enfermo y la familia a una situación de impacto, así como mejorar la experiencia ante una situación de enfermedad avanzada y terminal⁵⁵. La administración de dichos fármacos o la aplicación de tratamientos para combatir el dolor, tienen que ser llevados a cabo con prudencia y con los cuidados necesarios. Esta situación no supone una infracción del deber de cuidado objetivo por parte del médico, ni tampoco la posible muerte del paciente se puede considerar como un hecho típico⁵⁶. Actualmente se puede encontrar en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 13.2 f), la atención

⁵⁰ Ramón Recuero, J., *La eutanasia en la encrucijada. El sentido de la vida y de la muerte*, Madrid, Biblioteca Nueva. S.L., 2004, pág. 81.

⁵¹ Arruego, G., “El derecho del paciente a rechazar el tratamiento en la nueva normativa sobre el proceso de la muerte”, en *Autonomía personal, cuidados paliativos y derecho a la vida*, cit. pág.179.

⁵² Lo podemos encontrar entre otras en el artículo 6.6 de la Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud, de La Rioja; “recibir los tratamientos paliativos, en particular el del dolor, facilitándoselos en el entorno más adecuado”.

⁵³ María Romeo Casabona, C., “Decisiones ante la proximidad de la muerte del paciente: interrupción o no iniciación del tratamiento”, en *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad Terminal y la eutanasia*; Gómez Tomillo, Manuel (dir.), Madrid, Unión Editorial, S.A. 2008, págs. 227-228.

⁵⁴ Sánchez Caro, J., “Las instrucciones previas en el contexto de las decisiones al final de la vida” en *Instrucciones previas en España*; Sánchez-Caro, J y Abellán, F., (coords.), Granada, Comares, 2008, pág.45.

⁵⁵ González Barboteo, J y Gómez-Batiste Alentorn, X., “Aspectos clínicos en cuidados paliativos y voluntades anticipadas” en *Instrucciones previas en España*, cit, pág. 241.

⁵⁶ María Romeo Casabona, C., “Decisiones ante la proximidad de la muerte del paciente: interrupción o no iniciación del tratamiento” cit, pág.229.

especializada constará de; “La atención paliativa a enfermos terminales”. También se hace alusión en la prestación primaria regulado en el artículo 12.2.g)⁵⁷. En el tratamiento paliativo del dolor es necesario respetar tres límites, en primer lugar, el tratamiento debe ser necesario, no puede existir otra alternativa para la mitigación del dolor. En segundo lugar, la dosis de los fármacos empleados no debe ser superior a las necesarias para paliar el dolor. El tercer lugar, se debe ponderar el efecto positivo que se pretende obtener, el alivio del dolor al paciente y las posibles consecuencias negativas⁵⁸.

Existe una frontera muy fina entre la eutanasia y la sedación terminal. La sedación terminal está permitida por nuestro ordenamiento jurídico a diferencia de la eutanasia, por ello no podemos confundir ambas figuras. La sedación terminal se lleva a cabo en situaciones en las que al enfermo ya no le alivia el dolor ningún tratamiento y como consecuencia padece un gran sufrimiento en la última fase de la enfermedad. Hay diversas situaciones en las que se utiliza la sedación paliativa a los enfermos, como puede ser por el dolor que sufren, delirio, disnea, siempre con su consentimiento o el de los familiares⁵⁹. El propósito de la sedación terminal no es acabar con la vida del enfermo, sino que este no sufra un dolor insoportable en el proceso de morir, en la mayoría de los supuestos no dura más de dos días⁶⁰. La causa de la muerte en la sedación terminal es la enfermedad del paciente. De ahí la principal diferencia, ya que la intención de la eutanasia es acabar con la vida del paciente. El proceso de morir en la conducta eutanásica dura unos minutos⁶¹.

Ante estos derechos expuestos que tienen los pacientes haremos una referencia al derecho de rechazar tratamientos médicos, como pueden ser los casos de los Testigos de Jehová, debido a que en determinados pasajes bíblicos prohíben la recepción de sangre o de lo contrario serán condenados eternamente⁶². Esta situación provoca numerosas críticas y múltiples conflictos sobre todo a la hora de la práctica hospitalaria. El médico se enfrenta a la

⁵⁷ Sanz Rubiales, I., “Eutanasia y derecho administrativo” en *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad Terminal y la eutanasia*, cit, págs. 349-350.

⁵⁸ Gómez Tomillo, M., “Tratamiento y límites jurídicos penales de la eutanasia activa indirecta. El derecho a no sufrir” en *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad Terminal y la eutanasia*, cit, págs.201-203.

⁵⁹ Gómez Sancho, M, y Ojeda Martín M., “Medicina paliativa y eutanasia” en *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad Terminal y la eutanasia*, cit, págs.528-529.

⁶⁰ Gómez Sancho, M, y Ojeda Martín M., “Medicina paliativa y eutanasia”, cit, pág. 530. Tabla 2.

⁶¹ Vecino Martín, A., y Germán Zurriarán R., “El tratamiento del dolor y la sedación paliativa. Aspectos médicos y éticos” en *Cuidar cuando no es posible curar: Los cuidados paliativos. Morir dignamente en un contexto humanizado*, Germán Zurriarán R., (coord.), Logroño, Universidad de la Rioja. Servicio de publicaciones, 2011, pág.83.

⁶² Moreno Antón, M., “El TC ante algunas manifestaciones de la libertad religiosa: la negativa de los Testigos de Jehová a las transfusiones de sangre”, cit, pág. 693.

decisión de hacer la transfusión de sangre en contra de la voluntad del paciente o no hacerla. Si no se lleva a cabo dicha transfusión se pondrá en grave peligro la vida de la persona e incluso su muerte. En cambio, si el médico realiza la transfusión de manera forzosa sin atender a la voluntad del paciente, se plantean diversos conflictos. Por un lado, al no respetar la voluntad del paciente incurriríamos en un delito de coacciones regulado en el artículo 172 del Código Penal (CP en adelante), siendo necesaria la violencia, por lo que si no se lleva a cabo a través de ella no podríamos hablar de que concurren los elementos necesarios del tipo de injusto. Nos encontramos ante el problema de la aplicación del artículo 20.7 del CP que conlleva la exención de la responsabilidad criminal, para el que obre en cumplimiento de su deber o en el ejercicio legítimo de un derecho, cargo u oficio. Como consecuencia el médico se encuentra en la elección de proteger la vida del paciente o respetar su libertad personal de conciencia. Por otro lado, no se puede considerar que la omisión de no realizar la transfusión de sangre sea una conducta de auxilio al suicidio, dado que no existe la condición de suicida. El paciente no desea someterse a la transfusión sanguínea por sus creencias religiosas, pero quiere seguir viviendo. El paciente desea vivir ya que sí está dispuesto a someterse a medios o tratamientos alternativos para salvarse. El problema aparece cuando esto no es posible y únicamente la transfusión de sangre es el tratamiento que salvaría la vida del paciente. En esta situación el paciente no desea su muerte, pero la acepta⁶³. Volviendo a la controversia principal que existe entre proteger la vida de la persona y el respeto a su libertad religiosa, cabe concluir que la figura del médico y la Administración pública sanitaria tienen el deber de proteger el derecho a la vida. De la misma forma deben velar por su integridad física y moral al igual que su derecho a la libertad ideológica, religiosa y de conciencia reconocido en el artículo 16 CE⁶⁴.

Ante estas situaciones el médico debe informar al paciente de lo que conllevará su decisión y situación de gravedad en que se encuentra⁶⁵. El paciente podrá negarse a la transfusión de sangre.

⁶³ Ruiz Miguel, A., “Autonomía individual y derecho a la propia muerte”, en *Autonomía personal y decisiones médica*, cit, pág. 243.

⁶⁴ Núñez Paz, M.A., *La buena muerte*, cit, págs. 127-128.

⁶⁵ En el artículo 4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: “1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

Podemos encontrar el auto de 14 de marzo de 1979 de la Sala 2ª del Tribunal Supremo, por el cual se resuelve una querrela contra un juez que autorizó la transfusión de sangre a un Testigo de Jehová sin su consentimiento. Finalmente, el Tribunal Supremo consideró que la actuación del juez había sido adecuada, ya que evitaba incurrir en una conducta de auxilio al suicidio regulado en el artículo 143.2 del CP y apreció la concurrencia del estado de necesidad regulado en el artículo 20.5 del CP. El Tribunal consideró que concurrían los requisitos del estado de necesidad, dado que la transfusión de sangre realizada por el médico sin el consentimiento del paciente lesiona el bien jurídico de la libertad religiosa, pero se está causando un mal menor que si no se hubiera realizado dicha transfusión de sangre como es la muerte del paciente. Para ello es necesario que se efectúe un criterio de valoración ético-social, uno de los requisitos que debe cumplirse es que no se produzca un mal mayor, por lo que es necesaria la ponderación de los bienes jurídicos que se están lesionando⁶⁶. Sin embargo, aunque se realice para evitar un mal mayor, se está atentando contra la voluntad expresa del paciente y contra su libertad religiosa. Bajo mi humilde opinión esta situación no debe estar amparada por el estado de necesidad, ya que no se puede realizar una transfusión de sangre a un paciente que no lo desea y que lo ha expresado reiteradamente. Se está lesionando de la misma manera su libertad religiosa regulado en el artículo 522 CP y su derecho a rechazar tratamientos médicos.

Podemos observar en otro pronunciamiento del Tribunal Constitucional⁶⁷ en el que se absolvió la responsabilidad penal de un homicidio por omisión de unos Testigos de Jehová padres de un menor de 13 años, murió por no someterse a una transfusión de sangre. En esta situación fue el menor quien se negó a recibir ese tratamiento. El Tribunal Constitucional se pronuncia acerca del alcance de esta decisión, diciendo; “Más allá de las razones religiosas que motivaban la oposición del menor, y sin perjuicio de su especial trascendencia (en cuanto asentadas en una libertad pública reconocida por la Constitución), cobra especial interés el hecho de que, al oponerse el menor a la injerencia ajena sobre su propio cuerpo, estaba ejercitando un derecho de autodeterminación que tiene por objeto el propio sustrato

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.”

⁶⁶ Bajo Fernández, M., “la intervención médica contra la voluntad del paciente”, en *Anuario de derecho penal y ciencias penales*, sección de jurisprudencia, Madrid, Ministerio de justicia, servicio de publicaciones, 1948-2004, págs.493-495.

⁶⁷ Sentencia Tribunal Constitucional 154/2002, 18 de julio .

corporal”⁶⁸. Tal y como apunta el menor ejercito sus derechos fundamentales como son su libertad religiosa y el derecho a la integridad física de los cuales era titular⁶⁹. Por lo que la decisión del menor debe ser aceptada y por ello no se le debe someter a un tratamiento que rechaza, aun siendo este necesario para salvar su vida.

Por el contrario, el Tribunal Constitucional se ha pronunciado sobre las huelgas de hambre de los internos en centros penitenciarios, traemos a colación la Sentencia del Tribunal Constitucional 120/1990 de 27 de junio. En esta sentencia el Tribunal Constitucional se pronuncia sobre el recurso de amparo planteado por diferentes internos penitenciarios del grupo terrorista GRAPO, contra un auto de la Audiencia Provincial de Madrid en el que se ordenaba la alimentación forzosa de dichos internos. En este supuesto los internos comenzaron una huelga de hambre reivindicativa en el centro penitenciario. Por un lado, es un instrumento muy utilizado de presión política con especial incidencia en la Administración penitenciaria. Por otro lado, plantea una situación de conflicto para los médicos que deben lidiar con esta situación. Dado que los médicos no pueden imponer un tratamiento a los reclusos. A través de esta sentencia se plantean diversas controversias, aunque en la resolución se apunta que esta situación no es comparable a los demás supuestos, puesto que la huelga de hambre se produce en un centro penitenciario y por lo tanto no se puede regular de la misma manera. El Tribunal Constitucional utiliza la relación de sujeción especial que une al interno penitenciario con el Estado para diferenciarlo de los demás supuestos⁷⁰.

La administración penitencia tiene el derecho y el deber de velar por la vida de los internos de acuerdo con el artículo 3.4 de la Ley Orgánica General Penitencia 1/1979 de 26 de septiembre⁷¹. En su pronunciamiento el Tribunal Constitucional se apoya en el precepto 25.2 de la CE⁷², el cual admite que los derechos de las personas que estén sometidas a penas privativas de libertad, puedan ser objeto de limitaciones. Estas no pueden ser aplicadas a los

⁶⁸ Sentencia Tribunal Constitucional 154/2002, 18 de julio. FJ.9.

⁶⁹ Sentencia Tribunal Constitucional 154/2002, 18 de julio. FJ.10.

⁷⁰ Tomás-Valiente Lanuza, C., *La disponibilidad de la propia vida en el Derecho penal*, Madrid, Centro de estudios políticos y constitucionales, 1999, págs.329-330.

⁷¹ “La administración penitenciaria velará por la vida, la integridad y la salud de los internos”.

⁷² Tomás-Valiente Lanuza, C., “La jurisprudencia del Tribunal Constitucional sobre el derecho a la vida y a la integridad física”, en *Constitución, derechos fundamentales y sistema penal*, cit, pág. 1852. Art. 25.2 CE; “Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales de este Capítulo, a excepción de los que se van expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como al acceso de la cultura y al desarrollo integral de su personalidad”.

demás ciudadanos⁷³. El Tribunal Constitucional dispone que la relación de sujeción especial “Origina un entramado de derechos y deberes recíprocos de la Administración y el recluso, entre los que destaca el esencial el deber de la primera de velar por la vida, integridad y salud del segundo, valores que vienen constitucionalmente consagrados y permiten, en determinadas situaciones, imponer limitaciones a los derechos fundamentales de los internos que se colocan en peligro de muerte a consecuencia de una huelga de hambre reivindicativa, que podrían resultar contrarios a esos derechos si se tratara de ciudadanos libres o incluso internos que se encuentren en situaciones distintas”⁷⁴.

Sin embargo, la argumentación del Tribunal Constitucional sobre la relación de sujeción especial no es suficiente para justificar la alimentación forzosa a los internos. Como consecuencia, se produce la vulneración de su derecho a la integridad física de los reclusos. Por ello se apoya en otro gran argumento el cual se refiere a la importancia del bien jurídico de la vida,⁷⁵ el Tribunal Constitucional dice: “Se hace referencia a la asistencia médica coactiva que únicamente será vulneradora del derecho fundamental, a no ser que tenga justificación constitucional. Se genera en un momento determinado, un peligro de muerte, la asistencia médica obligatoria para evitar ese peligro se manifiesta como un medio imprescindible necesario para evitar la pérdida del bien de la vida de los internos, que el Estado tiene la obligación legal de proteger acudiendo, a dicho medio coactivo, al menos si se trata de presos declarados en huelga de hambre reivindicativa cuya finalidad no es la pérdida de la vida”⁷⁶. Pero si nos fijamos en el artículo 210.1 del Reglamento penitenciario, que regula la asistencia obligatoria en supuestos de urgencia vital dispone: “El tratamiento médico sanitario se llevará a cabo siempre con el consentimiento informado del interno. Sólo cuando exista peligro inminente para la vida de este se podrá imponer un tratamiento contra la voluntad del interesado”.

⁷³ Gallego Riestra, S., cit, pág. 91.

⁷⁴ Sentencia del Tribunal Constitucional 120/1990 de 27 de junio de 1990.FJ6.

⁷⁵ Tomás-Valiente Lanuza, C., “La jurisprudencia del Tribunal Constitucional sobre el derecho a la vida y a la integridad física”, en *Constitución, derechos fundamentales y sistema penal*, cit, pág. 185; Señala el argumento utilizado por el Tribunal Constitucional acerca del derecho a la vida, “Si la vida es un bien de tal importancia constitucional que su salvación justifica la lesión de otros derechos fundamentales por parte del Estado. Entonces debería de ser igual para todos los ciudadanos que pongan en claro riesgo su vida por negarse a recibir un tratamiento”. Además añade: “La sentencia podría haberse limitado a decir que el estado puede y debe intervenir en casos como el que dio lugar al recurso únicamente porque es garante de la vida de cualquier individuo al que se encuentre unido por una relación de sujeción especial como la penitenciaria”.

⁷⁶ Sentencia del Tribunal Constitucional 120/1990, FJ8.

Por lo tanto, si el interno se ha negado a recibir un tratamiento, su voluntad debe ser respetada en todo momento. En cambio, en estos supuestos de huelga de hambre se apela a la intencionalidad, puesto que los reclusos no desean morir, sino que solo quieren conseguir un fin, lo que puede justificar esta alimentación forzosa en base al estado de necesidad o al consentimiento presunto⁷⁷. La omisión de una acción dirigida a impedir la muerte de los internos, supondría una infracción por parte de dicha autoridad del deber especial de custodia. Sólo en este supuesto la asistencia médica forzosa es conforme con la Constitución⁷⁸.

En este pronunciamiento encontramos dos votos particulares, en el primero de ellos reflejan su discrepancia a la argumentación efectuada a la Administración Penitenciaria: “La obligación de la Administración penitenciario de velar por la vida y la salud de los internos no puede ser entendida como justificativa del establecimiento de un límite adicional a los derechos fundamentales del penado, el cual, en relación a su vida y salud y como enfermo, goza de los mismos derechos y libertades de cualquier otro ciudadano. Y por ello ha de reconocérsele el mismo grado de voluntariedad en relación con la asistencia médica y sanitaria”⁷⁹. En el segundo voto particular el magistrado se pronuncia sobre: “El derecho a la vida no puede ser confundido con un pretendido derecho a morir o a decidir sobre la propia muerte. Pero ello no significa que no se tenga derecho- sea cual sea la circunstancia en la que uno se encuentre y estando en el pleno uso de las facultades mentales- a que nadie que no sea uno mismo decida e imponga coactivamente lo que haya de hacerse para conservar la salud seguir viviendo o escapar al peligro de muerte: ni excluye el derecho a rechazar la ayuda o la asistencia sanitaria que ni se desea ni se ha solicitado”⁸⁰. Del mismo modo, este magistrado considera que la Administración debe de cumplir el deber de cuidado, pero sin embargo dispone: “Este deber de velar por la salud y la integridad física de los reclusos termina frente

⁷⁷ Alonso Álamo, M. “El consentimiento informado del paciente en el tratamiento médico. Bases jurídicas e implicaciones penales”, en *Autonomía personal y decisiones médicas*, cit, págs. 137-138.

⁷⁸ Chueca Rodríguez, R., “Los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física: el poder de disposición sobre el final de la vida propia”, cit, pág. 8.

⁷⁹ Voto particular que formula el Magistrado don Miguel Rodríguez-Piñero y Bravo-Ferrer en el recurso de amparo, abogado al Pleno, núm.443/1990. FJ2. También considera que: “La solución adoptada por la resolución judicial impugnada, no puede mantenerse indefinidamente sin colocar a la persona en una situación degradante y contraria a su dignidad humana.” FJ.4.

⁸⁰ Voto particular que formula el Magistrado don Jesús Leguina Villa a la Sentencia dictada en el recurso de amparo núm.443/1990. Moreno Antón, M., “El TC ante algunas manifestaciones de la libertad religiosa: la negativa de los testigos de Jehová a las transfusiones de sangre”, en *La libertad religiosa y de conciencia ante la justicia constitucional*, cit, págs. 701-702.

a la renuncia del recluso enfermo a su derecho a recibir protección y cuidados médicos”⁸¹. Por lo que podemos observar esta sentencia suscito diversas opiniones, bajo mi humilde punto de vista son más acertados los argumentos dados en los votos particulares.

III. PROHIBICIÓN PENAL DE LA PRÁCTICA EUTANÁSICA

1. Evolución histórica

En primer lugar, con el Código Penal de 1822 no se hace ninguna referencia ni al suicidio, ni al homicidio consentido. Dada esta situación se producía una impunidad de estos actos o las conductas del homicidio consentido quedaban subsumidas al homicidio simple e incluso en el asesinato. Seguidamente con los Proyectos de Código Criminal de 1830 y 1831 tampoco nos encontramos con ninguna regulación acerca del suicidio o la participación en el mismo. En el Código Penal de 1848 en el artículo 326 se hace referencia a la incriminación del auxilio al suicidio, al establecer una pena “al que prestare auxilio a otro para que se suicide”. En el Código Penal de 1870, en su artículo 421, en el que se equipara la pena del homicidio consentido a la del homicidio común. Es con el Código Penal de 1928, cuando se producen cambios importantes en la regulación jurídica de la intervención de terceros en el suicidio, se incluye la inducción al suicidio: se castigaba con la pena de prisión de cuatro a ocho años, regulado en el artículo 517 del Código Penal. En cambio, el auxilio ejecutivo era penado con seis a quince años de prisión. Los Tribunales podían imponer una pena inferior a la establecida apreciando las circunstancias del caso y móviles de las conductas⁸².

Posteriormente el Código Penal de 1944 establecía en el artículo 409; “El que prestare auxilio o induzca a otro para que se suicide será castigado con la pena de prisión mayor. Si se lo prestare hasta el punto hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte será castigado con la pena de reclusión mayor”. Este artículo ha permanecido en el ordenamiento jurídico durante cincuenta y dos años hasta la entrada en vigor del Código Penal de 1995⁸³. Con el Código Penal de 1995 se regula en los tres primeros apartados del artículo 143 lo que puede considerarse como equivalente a lo ya regulado en los anteriores Códigos Penales. Sin

⁸¹ Voto particular que formula el Magistrado don Jesús Leguina Villa a la Sentencia dictada en el recurso de amparo núm.443/1990.

⁸² Blasco del Rosal, B., “El tratamiento jurídico-penal y doctrinal de la eutanasia en España”, en *El tratamiento jurídico de la eutanasia, una perspectiva comparada*; Díaz Ripollés, J.L., y Muñoz Sánchez, J., (coords.), Valencia, Tirant lo blanch, 1996, pág. 48-49.

⁸³ Núñez Paz, M.A., *La buena muerte*, cit, págs. 70-88.

embargo, no existía una regulación expresa de la conducta eutanásica. Esto se produce con el Proyecto de Ley Orgánica del Código Penal de 1994 en el que ya se enumera el actual artículo 143.4, regulando la figura de la eutanasia. Se deja la margen la tipicidad de supuestos de eutanasia indirecta y los de la eutanasia pasiva⁸⁴.

A continuación, centramos nuestro interés analítico en la prohibición de causar o cooperar en la muerte de una persona en el contexto eutanásico. Sin embargo, antes de entrar al análisis de los requisitos del tipo del artículo 143.4 del Código Penal, llevaremos a cabo una clasificación de los tipos de eutanasias que existen,⁸⁵ en relación con la finalidad, la modalidad de acción, la concurrencia de voluntades del sujeto y el nexo de causalidad entre acción y resultado. En nuestro ordenamiento jurídico la eutanasia que está penada es la activa, la cual más tarde analizaremos con más detenimiento. Sin embargo, consideramos que es necesario mencionar otro tipo de posibles conductas eutanásicas.

2. Tipos de eutanasia

Atendiendo a la finalidad que persigue el acto de la eutanasia podemos diferenciar entre varios tipos; en primer lugar, la eutanasia eugenésica consiste en la muerte de determinadas personas con el fin de mejorar la raza⁸⁶. Se aplicaba este tipo de eutanasia desde la antigüedad, en Grecia y Roma. En segundo lugar, la eutanasia económica es aquella que persigue la eliminación de los enfermos incurables, locos, inválidos, ancianos con el objetivo de “sanar” a la sociedad de las personas inútiles que suponen un mayor coste económico sanitario y asistencial⁸⁷. En tercer lugar, la eutanasia experimental que hace referencia a aquella que consiste en causar la muerte sin dolor a determinadas personas con objetivos experimentales, para contribuir al progreso científico⁸⁸. En cuarto lugar, la

⁸⁴ Blasco del Rosal, B., “El tratamiento jurídico-penal y doctrinal de la eutanasia en España”, cit, págs. 68-69.

⁸⁵ Marcos del Cano, A. M, *La eutanasia: estudio filosófico*, cit, págs. 48-61.

⁸⁶ Como puede ser el programa “T-4” o de “eutanasia”, que llevo a cabo Hitler para eliminar a los alemanes con enfermedades incurables o con discapacidades físicas y mentales. Álvarez Gálvez, I., *La eutanasia voluntaria autónoma*, cit. pág. 126. Parejo Guzmán, M^a José., *La eutanasia ¿un derecho?*, cit pág. 423; “Dado el uso que del término de eutanasia se hizo en el régimen nazi de Hitler para designar su política de exterminio de enfermos y deficientes mentales, produce hoy en día, en Alemania una gran reticencia a su empleo”.

⁸⁷ Marcos del Cano, A. M, *La eutanasia: estudio filosófico*, cit, pág.50. Álvarez Gálvez, I., *La eutanasia voluntaria autónoma*, cit. pág. 86; “no se puede considerar como una verdadera conducta eutanásica, dado que no se encuentra la especial consideración en el sujeto pasivo. No se lleva a cabo a favor del enfermo sino de la sociedad para evitar los gastos que suponen estas personas”.

⁸⁸ Marcos del Cano, A. M, *La eutanasia: estudio filosófico*, cit pág.50.

eutanasia solidaria consiste en la muerte indolora a personas con el fin terapéutico de poder utilizar alguno de sus tejidos u órganos para implantárselos en otras personas salvándole la vida a estos⁸⁹. En quinto lugar, la eutanasia piadosa se refiere a la muerte causada por un sentimiento de compasión por la persona que ayuda al enfermo que sufre graves dolores, ya que se produce un comportamiento altruista. La compasión es un elemento constitutivo de la eutanasia piadosa⁹⁰.

Atendiendo a la modalidad de acción diferenciaremos entre eutanasia activa directa consiste en una acción que provoca la muerte de una persona, en ella el médico administra una dosis letal al enfermo con la intención de matarlo sin producirle ningún sufrimiento⁹¹. En el caso de la eutanasia activa indirecta la intervención del médico será para disminuir el dolor del paciente⁹², por lo tanto, es impune en el ordenamiento jurídico español. La eutanasia pasiva consiste en la no adopción de tratamientos que puedan prolongar la vida del paciente o en la interrupción de los mismos⁹³. Nos encontraríamos ante la situación de que el enfermo esté en un estado de inconsciencia y no hay posibilidad de mejora⁹⁴.

Hacemos también referencia en esta clasificación a la concurrencia de la voluntad de la víctima; la eutanasia voluntaria es aquella que se lleva a cabo a petición expresa del paciente⁹⁵. La eutanasia involuntaria se lleva a cabo sin ser solicitada por el enfermo, no es aceptada por ningún Código Penal. La situación de miedo, desconocimiento, sufrimiento del paciente no hacen que nadie pueda disponer de su vida. La acción ejercitada sin el consentimiento y la petición del paciente se convertiría en una variante de homicidio⁹⁶.

⁸⁹ Marcos del Cano, A. M, *La eutanasia: estudio filosófico*, cit pág.50.

⁹⁰ Marcos del Cano, A. M, *La eutanasia: estudio filosófico*, cit pág.50.

⁹¹ Gómez Sancho, M, y Ojeda Martín, M., “Medicina paliativa y eutanasia” en *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad Terminal y la eutanasia*, Gómez Tomillo, Manuel (dir.), Madrid, Unión Editorial, S.A. 2008, pág.524.

⁹² Corcoy Bidasolo, M., “La regulación legal de la eutanasia en el CP español. Propuestas de reformas legislativas”, en *Autonomía personal y decisiones medicas: cuestiones éticas y jurídicas*, cit. págs.307-308. Jorge Barreiro, A., “Reflexiones sobre el tratamiento jurídico de la eutanasia a la luz del Código Penal de 1995” en *Estudios penales en homenaje a Enrique Gimbernat*; García Valdés, C., Cuerda Riezu, A., Martínez Escamilla, M., Alcácer Guirao R., y Valle Mariscal de Gante, M., (coords.), Tomo II; Madrid, Edisofer, S.L.2008, pág. 2059.

⁹³ Jorge Barreiro, A., “Reflexiones sobre el tratamiento jurídico de la eutanasia a la luz del Código Penal de 1995” en *Estudios penales en homenaje a Enrique Gimbernat*, cit, pág. 2057.

⁹⁴ Abellán-García Sánchez, F., “Estudio jurídico del marco regulatorio de las instrucciones previas en España: Estado y Comunidades autónomas”, cit. pág.136.

⁹⁵ Rodríguez- Arias Vailhen, D., *Una muerte razonable*, Bilbao, Desclée de Brouwer,S.A. 2005, pág. 68

⁹⁶ Gómez Sancho, M, y Ojeda Martín M., “Medicina paliativa y eutanasia” en *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad Terminal y la eutanasia*; Gómez Tomillo, Manuel (dir.), Madrid, Unión Editorial, S.A. 2008, págs.521-522.

Existe una tercera denominación la eutanasia no voluntaria se produce cuando no se puede conocer o no se conoce si el paciente quiere morir⁹⁷.

Por último, atendiendo a la relación de causalidad distinguimos la eutanasia directa, que es aquella que causa la muerte a un enfermo que se encuentra en fase terminal, a través de medios certeros como es la inyección letal de una dosis de morfina⁹⁸. La eutanasia indirecta consiste en suministrar medicamentos o técnicas al enfermo terminal que sufre graves dolores con el objetivo de aliviarlos existiendo el conocimiento certero de que como efecto secundario se producirá finalmente el acortamiento de la vida del enfermo⁹⁹. Podemos decir que si la intención del sujeto activo es producir la muerte del paciente hablaremos de eutanasia directa y si por el contrario quiere aliviar su dolor estaremos ante eutanasia indirecta¹⁰⁰.

3. Requisitos del tipo

Como hemos mencionado, nuestro CP solo prohíbe la práctica de la eutanasia activa, nos centramos en el análisis de los elementos del tipo de injusto; el sujeto activo, sujeto pasivo y la conducta eutanásica que a la vez debe reunir una serie de requisitos imprescindibles. Regulados en el artículo 143.4 CP, la literalidad del tipo es el siguiente;

“El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo”

3.1 Sujeto activo

El sujeto activo es la persona que causa la muerte al enfermo terminal, actuando normalmente movido por motivos de compasión, piedad, solidaridad siempre a petición de este. La compasión o la piedad no es un elemento necesario en el sujeto activo, ya que no se encuentra recogido literalmente en el artículo 143.4 del CP. La atenuación de la pena respecto de la cooperación al suicidio no se producirá en ningún caso para aquellas personas

⁹⁷ Rodríguez- Arias Vailhen, D., *Una muerte razonable*, cit, pág. 69.

⁹⁸ Marcos del Cano, A. M, *La eutanasia: estudio filosófico*, cit. pág.61.

⁹⁹ Marcos del Cano, A. M, *La eutanasia: estudio filosófico*, cit. pág.61.

¹⁰⁰ Álvarez Gálvez, I., *La eutanasia voluntaria autónoma*, cit. págs.37-38.

que aun movidos por la compasión y una petición expresa, seria e inequívoca por parte del enfermo con una enfermedad grave desean la muerte por otros motivos. Estas situaciones están excluidas de la conducta eutanásica.

Atendiendo a la literalidad del artículo el sujeto activo podrá ser el médico¹⁰¹ que atiende al enfermo. Pero también puede ser cualquier persona tanto familiares como amigos¹⁰². En definitiva, aquellas personas que permanecen con el enfermo durante el proceso de la enfermedad y de su muerte.

3.2 Sujeto pasivo

El sujeto pasivo es el enfermo que se encuentra en una situación terminal o mortal. Definiremos enfermo terminal a la persona que padece una enfermedad incurable avanzada que produzca una situación de agonía, con una pluralidad de síntomas desde la pérdida de autonomía hasta un deterioro físico, alta debilidad, trastornos cognitivos y de la conciencia, ya no responde al tratamiento específico y tiene un pronóstico de vida limitado a meses o semanas¹⁰³. Con carácter general, son situaciones de cáncer avanzado, en las cuales la enfermedad está en un estado que no puede ser controlado, ni hay deseos de continuar con los tratamientos ya que no existen expectativas de mejora. De esta manera quedan excluidas las enfermedades crónicas, tetraplejias, deficiencias psíquicas o físicas que claramente afectan a la calidad de vida de la persona, pero no tienen las peculiaridades necesarias para poder hablar de la eutanasia¹⁰⁴.

3.3 Petición del enfermo

La petición del enfermo deber ser expresa, seria e inequívoca. El ámbito de aplicación son los supuestos de eutanasia voluntaria en los que además no basta con la conformidad o el acuerdo del enfermo. No es válido cualquier tipo de consentimiento, es imprescindible que sea una solicitud personal y reflexiva de forma que no quede ningún tipo de duda sobre la voluntad de morir del enfermo. Analizaremos de una manera más detallada cada uno de los requisitos del consentimiento; en primer lugar, deber ser una petición expresa, se deja al

¹⁰¹ Un médico fue condenado por administrar una dosis letal de cloruro potásico a una paciente terminal de 82 años. Sentencia de la Audiencia Provincial, sección 2ª, Tarragona, 25 de marzo de 2009.

¹⁰² Marcos del Cano, A.M., *La eutanasia: estudio filosófico-jurídico*, cit. pág.63.

¹⁰³ Zamora Calvo, A., “El enfermo terminal y la muerte”, *Revista Bioética y Ciencias de la Salud*, Vol 5, Nº2. Sección: opinión.

¹⁰⁴ Marcos del Cano, A.Mª., *La eutanasia: estudio filosófico-jurídico*, cit. pág.65.

margen aquellas peticiones tácitas o concluyentes¹⁰⁵. Puede ser por escrito u oralmente, aunque es necesario que la petición sea efectuada exclusivamente por el paciente, por lo que queda excluida la representación¹⁰⁶. En segundo lugar, debe ser seria, firme y reflexiva, por lo que no puede estar viciada por miedo, engaño, error, violencia¹⁰⁷. Se debe tener presente la capacidad del sujeto en el momento de la petición tanto su insistencia como su convicción del deseo de poner fin a su vida. Sin embargo, no es necesario una continua repetición de esta petición del enfermo en diferentes momentos. Aunque autores como Núñez Paz¹⁰⁸ defienden que se debe de reproducir “Durante un período de tiempo suficientemente significativo en el caso concreto, de modo que elimine cualquier tipo de duda razonable sobre el carácter definitivo de la decisión”. En tercer y último lugar, debe ser inequívoca, esta característica conlleva que la petición no deje lugar a dudas en su existencia y su deseo por parte del enfermo. Implica que el paciente haya sido informado correctamente sobre su situación clínica tanto su diagnóstico, pronóstico, tratamientos y alternativas al tratamiento.

De este modo, al hablar de petición expresa, seria e inequívoca se deja al margen las situaciones que presenten dudas sobre la verdadera intención del paciente. No es válida una voluntad presunta de querer morir por parte del enfermo; el conocido *caso Debbie* sucedió en Estados Unidos a finales de los años ochenta, en el que un médico trabajando de guardia en un hospital suministró una inyección mortal de morfina a una paciente que tenía cáncer terminal, tras unas miradas entre ellos, y la expresión de la enferma “acabemos con esto”. El médico presumió que ella deseaba morir¹⁰⁹.

A continuación hacemos referencia a una forma de tener la voluntad anticipada de los pacientes, a través de las instrucciones previas¹¹⁰, regulado en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, dispone: “Por el documento

¹⁰⁵ Parejo Guzmán, M^a José., *La eutanasia ¿un derecho?*, cit, pág. 199.

¹⁰⁶ Lorenzo Salgado, J.M., “Algunas consideraciones sobre el artículo 143.4 del Código Penal”, en *La muerte Digna, 10 reflexiones sobre la eutanasia*; Anxo Fernán Vello, M., (dir.), A Coruña, Espiral mayor S.L., 2007, págs.240-241.

¹⁰⁷ Parejo Guzmán, M^a José., *La eutanasia ¿un derecho?*, cit. pág.233.

¹⁰⁸ Núñez Paz, M.A., *La buena muerte*, cit. pág.277.

¹⁰⁹ Barquín Sanz, J., “La eutanasia como forma de intervención en la muerte de otro”, cit. pág.173.

¹¹⁰ Regulado con anterioridad en el Convenio de Oviedo, instrumento de ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. Concretamente es su artículo 9. “Serán tomados en consideración los deseos expresados con anterioridad con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad”; Abellán-García Sánchez F., “Estudio jurídico del marco regulatorio de las instrucciones previas en España: Estado y comunidades autónomas” en *Instrucciones previas en España*, cit. pág.115.

de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que está se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlas personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de salud o, una vez llegado el fallecimiento sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo [...]”. La persona debe ser mayor de edad, por lo tanto, tener dieciocho años¹¹¹. Pero si nos fijamos en el consentimiento informado analizado en el título segundo del trabajo, si posibilita a los menores de dieciséis años o los menores emancipados tomar las decisiones que deseen, excepto cuando la situación produzca un grave riesgo para la salud o vida del menor. Los padres serán informados y consultados sobre la decisión que quieren tomar¹¹². Estamos ante una incoherencia dado que ambas figuras se encuadran en la autonomía del paciente, dado que el legislador reconoce a un menor de dieciséis años la capacidad para consentir o no, le está permitiendo decidir sobre la actuación que cree más conveniente para su vida¹¹³. Podemos decir que los menores en el ámbito sanitario y farmacéutico tienen la capacidad por sí solos y sin necesidad de la autorización de sus padres de tomar las decisiones que consideren apropiadas. Se denomina minoría madura, debemos determinar en estos casos el juicio del menor. Se tiene que poner en relación la situación y los hechos concretos para poder valorar la capacidad del menor, el médico será quien deba juzgar si este puede tomar decisiones por sí mismo¹¹⁴. Sin embargo, solo serán válidas las emitidas por personas mayores de edad, tal y como se recoge en la mayoría de las leyes de las Comunidades Autónomas.

Existe alguna excepción como puede ser la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo de Navarra que da validez al documento elaborado por un menor en su artículo 9.1, “Un menor al que se le reconoce capacidad conforme a la presente Ley Foral.”¹¹⁵.

¹¹¹ Art.12 de la Constitución Española “Los españoles son mayores de edad a los dieciocho años”.

¹¹² Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Art.9.2. “Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos: b) Cuando exista riesgo inminente grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él”.

¹¹³ Nélida Tur Faúndez, M^o., “El documento de instrucciones previas o testamento vital: régimen jurídico” en *libro homenaje al profesor Manuel Albaladejo García*; José Manuel González Porras, Fernando P. Méndez González (coord.), Vol.II, Murcia, Universidad de Murcia, Secretariado de publicaciones e intercambio científico, 2004, págs.4873-4874.

¹¹⁴ Gallego Riestra, S., *El derecho del paciente*, cit. pág.205.

¹¹⁵ Al igual que en la Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Comunidad Valenciana, en su artículo 17.1. “El documento de voluntades anticipadas es el documento mediante el que una persona mayor de edad o menor emancipada, con capacidad legal suficiente y libremente manifiesta las instrucciones que sobre las actuaciones médicas se deben tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que las

En lo referente al contenido de las instrucciones previas lo deja claro el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre; el declarante expresará sus deseos ante una situación en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre sus cuidados, el tratamiento de su salud y cuando llegue el momento del fallecimiento, el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo¹¹⁶. En cada Comunidad Autónoma se especifica de una manera más concreta el contenido que debe tener las instrucciones previas¹¹⁷. El único requisito de carácter formal que se regula en el artículo 11.2 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre es que las instrucciones previas deben constar siempre por escrito. En la normativa autonómica se regulan diversos requisitos de carácter formal entre otros el caso de la Rioja regulado en la Ley 9/2005, de 30 de Septiembre reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad, en su artículo 6; “Se podrá otorgar el documento de instrucciones previas: a) Ante notario, b) Ante tres testigos debidamente identificados que hayan cumplido los 18 años y no se encuentren incapacitados legalmente [...], c) Ante el personal al servicio de la Administración General de la Comunidad Autónoma de La Rioja o de sus organismos Autónomos en la forma que se establezca mediante Orden dictada por el Consejero competente en materia de salud”¹¹⁸. Para asegurar la eficacia de las instrucciones previas en todo el territorio español se crea el Registro Nacional de instrucciones previas¹¹⁹.

La figura de las instrucciones previas conduce a determinados beneficios, como son la disminución del miedo del paciente ante situaciones dolorosas e indeseables, mejoran la relación médico-paciente, así como facilitar al médico la información sobre posibles problemas éticos con el enfermo y proporcionan una garantía frente a quejas o denuncias futuras. En la relación con los familiares supone una ayuda para poder saber lo que desearía

circunstancias que concurran no le permitan expresar libremente su voluntad”; Domínguez Luelmo, .A, “La expresión anticipada de voluntades en el ámbito sanitario: el documento de instrucciones previas” en *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad Terminal y la eutanasia*, Gómez Tomillo, Manuel (dir.), Madrid, Unión Editorial, S.A. 2008, pág. 415.

¹¹⁶ Nélida Tur Faúndez, M^o., “El documento de instrucciones previas o testamento vital: régimen jurídico” en *libro homenaje al profesor Manuel Albaladejo García*, cit. pág.4875.

¹¹⁷ Como puede ser en la Comunidad Autónoma de La Rioja en la Ley 9/2005, de 30 de septiembre, reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad. Art.5.

¹¹⁸ Estos requisitos se recogen de forma mayoritaria en las diferentes regulaciones autonómicas con alguna especialidad, como puede ser en la Ley 7/2002, de 12 de diciembre del País Vasco art.3.2 entre otras; Domínguez Luelmo, A., “La expresión anticipada de voluntades en el ámbito sanitario: el documento de instrucciones previas”, cit. págs.420-421.

¹¹⁹ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Art.11.5; “Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo a lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se crearán en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro nacional de instrucciones previas que se registrará por las normas reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Internacional del Sistema Nacional de Salud”.

el enfermo¹²⁰. Pero puede suceder que en el momento que se establece la voluntad de la persona, esta puede que no padezca ninguna enfermedad ni dolencia, por lo tanto, se dan unas instrucciones un tanto ambiguas,¹²¹ dado que no se concreta el tipo de tratamiento que se quiere o el rechazo a todos los tratamientos. De alguna manera, estaremos ante una situación de desconocimiento, tanto de lo que sentirá el paciente en esa situación concreta y la precisión de su voluntad¹²². Sin embargo, para poder conocer más acerca de la voluntad del paciente atenderemos al historial de valores; es un documento que complementa la voluntad anticipada del paciente, se incluyen las razones, emociones, pensamientos que tiene la persona sobre su muerte, así como sus creencias o valores¹²³. En todo caso, el documento de las instrucciones previas será válido y eficaz teniendo en cuenta la legislación penal del momento en que se deban hacer efectivas. No se prohíbe que el otorgante incorpore una voluntad contraria al ordenamiento jurídico, sino que esta no será aplicada. No se podrán aplicar las instrucciones previas cuando sean contrarias al ordenamiento jurídico¹²⁴. En mi opinión esta figura produce grandes ventajas en el ámbito de la salud, en relación con el médico, el propio paciente e incluso con los familiares, al tener que afrontar decisiones trascendentales en la vida de un familiar, pero a la vez hay que prestar atención a la situación y a los hechos concretos.

3.4 Enfermedad grave

Continuando con el análisis del artículo 143.4 del Código Penal, haremos referencia al requisito de que se trate de una “enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte” o que esta “produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar”. Nos encontramos ante una conjunción disyuntiva “o”, no es necesario que sucedan las dos circunstancias a la vez, sino que es suficiente con que se produzca una de ellas, de este modo

¹²⁰ Rodríguez- Arias Vailhen, D., *Una muerte razonable*, Bilbao, cit, pág.21.

¹²¹ Chueca Rodríguez, R., “Los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física: el poder de disposición sobre el final de la vida propia”, cit. pág. 9.

¹²² Gallego Riestra, S., *El derecho del paciente*, cit. pág.208. Abellán-García Sánchez F., “Estudio jurídico del marco regulatorio de las instrucciones previas en España: Estado y comunidades autónomas”, cit. pág. 146; “Se ha criticado que las instrucciones previas no tengan plazo de caducidad, ya que de este modo se haría necesaria la constante actualización de ellas. Evitando de este modo las posibles incoherencias con el momento que se dictaron con el de la sucesión de los hechos”.

¹²³ Rodríguez- Arias Vailhen, D., *Una muerte razonable*, cit, pág. 47.

¹²⁴ Domínguez Luelmo, A., “La expresión anticipada de voluntades en el ámbito sanitario: el documento de instrucciones previas”, cit. pág.413.429. Lo podemos encontrar regulado en el artículo 11.3 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

ya se subsumiría la acción dentro del tipo de injusto y como consecuencia se produce la atenuación de la pena respecto de la conducta de cooperación al suicidio regulado en el artículo 143.2 y 3 del CP.

Sin embargo, esto ha producido diversas críticas ya que son dos conceptos que abarcan demasiadas situaciones. ¿Qué podemos entender por una enfermedad grave? ¿Cuál de ellas conduciría inevitablemente a la muerte? o ¿Qué enfermedad produce sufrimientos permanentes y difíciles de soportar? Para poder contestar a estas preguntas no existe una concreta precisión por parte del legislador, se trata, de un precepto confuso. Como consecuencia habrá que atender a los conocimientos científicos y médicos para poder responder a estas cuestiones, aunque nunca tendremos una certeza total, dado que estos conocimientos se encuentran en continuo estudio y evolución¹²⁵.

La enfermedad no tiene por qué encontrarse en una fase terminal, se da un amplio margen de apreciación para las diferentes enfermedades que dependerán de sus tratamientos, de la evolución del paciente o de la enfermedad¹²⁶. En la segunda alternativa, se trata de que la enfermedad no cause la muerte, pero debe producir graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar. Lo que da lugar a una admisibilidad de los sufrimientos psíquicos. Sin embargo, si atendemos a la literalidad del artículo 143.4 del CP, los padecimientos mentales no cumplirían los requisitos del tipo de injusto para la atenuación de las penas, por lo que no se puede admitir la enfermedad mental en la conducta eutanásica¹²⁷.

Es cierto que puede pensarse que son conceptos imprecisos, en un contexto cada vez más marcado por la exigencia de una certeza en las normas punitivas, en cambio no puede determinarse con precisión el contexto y los hechos relevantes, como sucede normalmente con la descripción de circunstancias que excluyen o atenúan la aplicación del tipo como sucede en este supuesto¹²⁸.

¹²⁵ Álvarez Gálvez, Iñigo., *La eutanasia voluntaria autónoma*, cit. pág.257.

¹²⁶ Tomás-Valiente Lanuza, C., “La regulación de la eutanasia activa solicitada en el código penal español”, en *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad Terminal y la eutanasia*, Gómez Tomillo, Manuel (dir.), Madrid, Unión Editorial, S.A. 2008, págs.171-172.

¹²⁷ Tomás-Valiente Lanuza, C., “La regulación de la eutanasia activa solicitada en el código penal español”, en *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad Terminal y la eutanasia*, Gómez, cit. pág. 173; en su opinión “la enfermedad mental grave precluye, por completo, la seriedad de la voluntad”

¹²⁸ Barquín Sanz, J., “La eutanasia como forma de intervención en la muerte de otro”, cit. pág. 179.

3.5. Conducta necesaria

El tipo de injusto requiere que la persona cause o coopere activamente con actos necesarios y directos a la muerte. En los supuestos de eutanasia activa indirecta, se aplican tratamientos médicos destinados aliviar los sufrimientos del paciente. Sin embargo, en la eutanasia pasiva se encuadran los supuestos de desconexión de respiradores artificiales, reanimadores, o la no iniciación del tratamiento que son necesarios para que el enfermo siga con vida. Se trataría de una conducta omisiva, ya que ir contra esta voluntad del enfermo de no seguir conectado a la máquina podría incurrir en un delito contra su libertad o su integridad moral. Ambos se encuentran excluidos de la aplicación del artículo¹²⁹.

En cambio, existen problemas a la hora de distinguir en estos supuestos entre acción en sentido estricto y omisión. No es lo mismo inyectar una dosis letal al enfermo que no quiere seguir viviendo que desconectar la máquina que le mantiene con vida¹³⁰. La principal controversia se sitúa en el derecho a interrumpir los tratamientos ya iniciados como puede ser los respiradores artificiales, sondas, ventiladores artificiales¹³¹. ¿Se debe entender esta situación como una acción o como una omisión? En este sentido el médico deja de suministrar el tratamiento que ha iniciado, denominado “comisión por omisión”¹³². Tenemos que tener presente si el paciente se encuentra en una situación o no de posibilidad de mejora. Nos encontraríamos ante una conducta impune tanto desde la vertiente activa, ya que no se pone fin a ningún curso salvador, ya que el enfermo no tiene ninguna posibilidad de mejorar, no va a poder conseguir unas condiciones mínimas de vida. Del mismo modo, es una conducta impune desde la vertiente omisiva, dado que la actuación del médico no puede salvaguardar el bien jurídico al que se destina la utilización del tratamiento.¹³³ Por el contrario, si la desconexión del aparato respiratorio constituye la interrupción del curso

¹²⁹ Lorenzo Salgado, J. M., “Algunas consideraciones sobre el artículo 143.4 del Código Penal”, cit. pág.226.

¹³⁰ Jiménez, Sánchez, E., *La eutanasia ante la moral y el derecho*, cit. págs.93-95.

¹³¹ Como ejemplo podemos nombrar el caso de Miss B; una asistente social de 43 años que a causa de una seria de hemorragias quedó paralizada de cuerpo para abajo. Ella estaba conectada a un respirador artificial, y comunicó al hospital que quería su desconexión, pero los médicos se opusieron por razones éticas. Incluso se le sometió a una intervención quirúrgica sin su expreso consentimiento. Ella en reiteradas ocasiones solicitó la retirada de la ventilación mecánica, que también lo había expresado a través del documento de las voluntades anticipadas. Finalmente, Miss B demandó al hospital por haberle negado su derecho de rechazar tratamientos y consiguió en 2002 que se le desconectaría del respirador, produciéndole la muerte; Vila-Coro, M^a.D., *La bioética en la encrucijada*, Madrid, Dykinson, 2007, págs. 208-210, Rodríguez- Arias Vailhen, D., *Una muerte razonable*, cit, págs. 61-64.

¹³² Silva Sánchez, J. M., *El delito de omisión, concepto y sistema*, Barcelona, Librería Bosch, 1986, pág.217.

¹³³ Silva Sánchez, J.M., *El delito de omisión, concepto y sistema*. cit. págs. 257-259.

causal salvador, que suponga la prolongación de la vida, aunque sea por un corto periodo de tiempo de un enfermo consciente, estaríamos ante una conducta típica atenuada del artículo 143.4 CP, siempre y cuando reúna los requisitos del tipo de injusto¹³⁴. Incluso considerando que la desconexión del aparato respiratorio es una conducta típica. Es posible admitir el estado de necesidad, regulado en el artículo 20. 5º del CP, como causa de justificación, ya que en determinados supuestos la muerte se ha producido porque el enfermo lleva a cabo la última acción, pero con la ayuda de un tercero. Es necesario conocer y probar que reúnen los elementos esenciales del artículo 143.4 del CP para que se produzca la atenuación de la pena¹³⁵.

Del mismo modo en la redacción del artículo 143.4 del CP se excluye la inducción al suicidio, la cual está regulada en el apartado uno de dicho artículo con la pena de prisión de cuatro a ocho años de cárcel. El legislador ha querido restringir la conducta privilegiada solo en los supuestos que la decisión de morir responde únicamente a una reflexión individual de la persona¹³⁶.

III. LA EUTANASIA Y DERECHO COMPARADO

En este último capítulo vamos a abordar las cuestiones principales de las diferentes regulaciones que existen de la conducta eutanásica y así poder conocer las semejanzas y diferencias con el ordenamiento jurídico español. En primer lugar, los países que han sido pioneros en despenalizar la eutanasia, como son Holanda y Bélgica, de este modo reflejar sus ventajas o inconvenientes con la regulación española. En segundo lugar, aquellos en los que no está permitida la eutanasia, pero sí el auxilio al suicidio, centrándonos en Suiza. En tercer y último lugar, lo dedicamos a Alemania e Italia, que al igual que en el ordenamiento jurídico español la eutanasia está penada, pudiendo así reflejar ciertas similitudes entre ellos.

¹³⁴ Tomás-Valiente Lanuza, C., *La disponibilidad de la propia vida en el Derecho penal*, Madrid, Centro de estudios políticos y constitucionales, 1999, págs. 487-489.

¹³⁵ Muñoz Conde, F., *Derecho penal parte especial*, cit. pág.67-68.

¹³⁶ Tomás-Valiente Lanuza, C., *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo CP*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2000, pág.107.

1. Holanda

En primer lugar, haremos un pequeño resumen de la evolución que se produce hasta poder llegar a la regulación actual de la eutanasia. Esta comienza con informes, propuestas, estudios y acuerdos entre las diversas instancias de la sociedad holandesas, del mismo que ha tenido un gran componente la jurisprudencia holandesa. En esta etapa han participado diferentes grupos parlamentarios, gobiernos, comisiones especiales de investigación, cuerpos consultivos etc. El debate sobre la eutanasia podría decirse que comienza en 1982¹³⁷ con la formación de una Comisión Estatal o Gubernamental para el estudio de la eutanasia. Tres años más tarde se presenta una proposición de Ley al Parlamento con similares propuestas al de la Comisión¹³⁸. En el año 1986 se presenta por el Gobierno un proyecto para conseguir la reforma del Código Penal holandés denominado “Proyecto Prueba”. Sin embargo, ambos proyectos fueron analizados por el Consejo de Estado, que finalmente publicó un informe, oponiéndose a la reforma del Código Penal, ya que todavía era necesario abordar diversas cuestiones como por ejemplo definir concretamente sufrimiento insoportable o situación insostenible¹³⁹. Después de las elecciones de 1989, con la coalición de demócratas-cristianos y socialistas, llevaron a cabo una investigación a través del informe realizado por la Comisión Remmelink que fue publicado el 6 de septiembre de 1991¹⁴⁰. En el año 1993, el Ministerio de Justicia da a conocer a través de un comunicado de prensa el procedimiento de notificación para la terminación facultativa de la vida a petición y sin consentimiento establecido por orden general administrativa, - *Meldingsprocedure Eutanasia*-¹⁴¹. Por el cual el médico tiene la obligación de notificar al forense y este a su vez al fiscal su participación en una muerte no natural en su paciente¹⁴². En el año 1994 se lleva a cabo la revisión del artículo 10 de la Ley de Inhumación¹⁴³.

Finalmente, en el año 2001 se aprobó la Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, que entra en vigor desde el 1 de abril de 2002, la ley que regula la práctica de la eutanasia que además modifica los artículos 293 y 294 del

¹³⁷ Parejo Guzmán, M^a José., *La eutanasia ¿un derecho?*, cit. pág. 109; Es necesario nombrar que es el Caso Leeuwarder, el que abre paso a un debate público sobre la eutanasia voluntaria. Es una sentencia importante, ya que recoge los criterios que debían evitar los médicos para evitar la punibilidad de los actos eutanásicos.

¹³⁸ Mora Molina, J.J., *Holanda: entre la vida y la muerte*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2002, págs. 38-40.

¹³⁹ Mora Molina, J.J., *Holanda: entre la vida y la muerte*, cit. págs.169-171.

¹⁴⁰ Álvarez Gálvez, I., *La eutanasia voluntaria autónoma*, cit. pág. 216.

¹⁴¹ Mora Molina, J.J., *Holanda: entre la vida y la muerte*, cit. págs.185-186.

¹⁴² Tomás-Valiente Lanuza, C., *La disponibilidad de la propia vida en el Derecho penal*, Madrid, Centro de estudios políticos y constitucionales, 1999, págs. 273 -278.

¹⁴³ Mora Molina, J.J., *Holanda: entre la vida y la muerte*, cit. págs. 181-182.

Código Penal holandés¹⁴⁴. No obstante, para proceder a la aplicación de estos artículos, hay que reunir los requisitos establecidos en el artículo 2.1 de la Ley sobre comprobación de la terminación de la vida bajo petición propia y del auxilio al suicidio; es necesario que el paciente esté padeciendo un sufrimiento insoportable que no tenga ninguna perspectiva de mejora, el deseo de morir del paciente debe ser persistente y constante, así como la obligación del médico a actuar con la debida diligencia. Para poder practicar la eutanasia el médico debe estar totalmente convencido de que la petición es voluntaria y que realmente expresa los deseos del enfermo, hay que consultar a otro facultativo independiente y que este corrobore el cumplimiento de los requisitos. Por último, la realización de la eutanasia o auxilio al suicidio debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad¹⁴⁵.

Es necesario una petición expresa y seria por parte del paciente al igual que sucede en España. No solo basta con que se cumpla un requisito, sino que se debe producir la acumulación de ambos. La eutanasia está penada con la pena de prisión hasta doce años tal y como se regula en el artículo 293 del Código Penal holandés. Sin embargo, en su apartado segundo señala que no será punible cuando la realice un médico con la debida diligencia atendiendo al artículo 2.1 de la Ley sobre comprobación de la terminación de la vida bajo petición propia y del auxilio al suicidio¹⁴⁶.

Para comprobar si todos estos requisitos del artículo 2.1 se cumplen, existen cinco comisiones regionales integradas por un número de miembros impar, formada por un jurista, un médico y un experto en ética. Los cuales deben de verificar si a través de un dictamen por la mayoría de votos si se cumplen o no los debidos requisitos¹⁴⁷.

Hay una serie de supuestos que pueden ocasionar diversas controversias, ya que como hemos expuesto anteriormente es necesario un sufrimiento extremo por parte del paciente. Este sufrimiento es equiparable a un dolor físicamente insoportable, pero se podría solicitar la petición de eutanasia por un padecimiento psíquico de una persona. Esta cuestión es resuelta con el pronunciamiento del Tribunal Supremo en la sentencia de 21 de junio de

¹⁴⁴ Rey Martínez, F., “El debate de la eutanasia y el suicidio asistido en perspectiva comparada. Garantías de procedimiento a tener en cuenta ante su eventual despenalización en España” en *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*, cit, pág. 119.

¹⁴⁵ Vilela García, D., “Problemas en torno al final de la vida” en *La muerte Digna*, cit, pág. 72.

¹⁴⁶ Rey Martínez, F., “El debate de la eutanasia y el suicidio asistido en perspectiva comparada. Garantías de procedimiento a tener en cuenta ante su eventual despenalización en España” cit. Pág. 119.

¹⁴⁷ Vilela García, D., “Problemas en torno al final de la vida”, cit. págs.75-76. Regulado en el capítulo tercero, concretamente artículos 3 y 4 de la Ley de terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio véase Ramón Recuero, J., *La eutanasia en la encrucijada. El sentido de la vida y de la muerte.*, cit. pág. 148.

1994, caso Chabot¹⁴⁸ en la que un psiquiatra lleva a cabo una conducta de auxilio al suicidio a una mujer que padecía un sufrimiento extremo psíquico derivado de problemas familiares. En cambio, el Tribunal lo considero culpable no por el hecho de que se tratara de un padecimiento psíquico sino porque no se llevó a cabo las debidas precauciones extremas para ese supuesto¹⁴⁹. Esta sentencia supuso una extensión de las causas de justificación de la eutanasia. Tras este pronunciamiento hubo numerosas críticas, se responde a la cuestión de si es necesario que el paciente tenga una enfermedad terminal o no. Finalmente, ya no es imprescindible la existencia de una enfermedad física, lo relevante para poder solicitar la petición a la eutanasia será que el enfermo padezca un sufrimiento extremo que le resulte insoportable¹⁵⁰.

En último lugar concretar que no es posible ir a Holanda para solicitar la eutanasia, dado que es necesario que exista una estrecha relación entre el enfermo y el médico, que tan solo se produce si el médico le ha estado tratando desde el comienzo de su enfermedad. Como consecuencia de la despenalización de la eutanasia se produjo un aumento de los hospicios. Son centros privados que se encargan de ayudar a que la muerte sea un proceso más fácil y menos doloroso a través de la medicina paliativa¹⁵¹.

2. Bélgica

Haremos brevemente una referencia a la regulación de la eutanasia en Bélgica. Se despenalizó la eutanasia en el año 2002. Podemos apreciar como en el artículo 2 de la Ley belga se define la eutanasia como: “El acto, practicado por un tercero, que pone fin intencionadamente a la vida de una persona a solicitud de esta”¹⁵². En Bélgica la ley exige que el paciente se encuentre ante una enfermedad terminal e irreversible de forma que se

¹⁴⁸ Mora Molina, J.J., *Holanda: entre la vida y la muerte*, cit, págs. 118-122.

¹⁴⁹ Tomás-Valiente Lanuza, C., “La regulación de la eutanasia voluntaria en el ordenamiento jurídico español y en el derecho comparado”, *Humanitas*, Humanidades médicas, Vol.I, N°1, enero-marzo 2003, pág.57. Mora Molina, J.J., *Holanda: entre la vida y la muerte*, cit, págs. 130-133; “El tribunal supremo consideró que en los casos en que el sufrimiento no sea causado por una enfermedad o afección somática, la invocación de situación de emergencia deberá ser hecha por el juez con sumo cuidado” añadiendo que “para la elaboración de un caso como éste es necesario contar con un experto independiente que deberá ver y reconocer personalmente al paciente. El juicio versará sobre la gravedad del sufrimiento y la falta de perspectiva para la mejora del mismo, los posibles medios alternativos de ayuda y la cuestión de si se trata de una determinación voluntaria y bien mediata del paciente (...)”.

¹⁵⁰ Tomás-Valiente Lanuza, C., *La disponibilidad de la propia vida en el Derecho*, cit págs. 284-286

¹⁵¹ Vila-Coro, Mª.D., *La bioética en la encrucijada*, cit, pág.226.

¹⁵² Parejo Guzmán, Mª José., *La eutanasia ¿un derecho?*, cit. págs.41- 42; Añade esta autora en páginas posteriores que en la definición se refleja como cualquier tercero puede practicar la eutanasia, sin embargo, en la propia ley Belga se deduce que solo podrán ser los médicos quienes la practiquen. Pág.369.

encuentre abocado a una muerte próxima¹⁵³. Los requisitos necesarios para poder solicitar la eutanasia son que el paciente debe ser mayor de edad o menor emancipado, capaz y consciente de su petición. Dicha petición debe ser voluntaria, reflexionada y reiterada sin presiones exteriores, debe ser escrita, firmada y fechada por el enfermo¹⁵⁴. Debe existir un padecimiento físico o psíquico constante e insuperable ocasionado por una condición patológica grave e incurable.

Finalmente, cuando se ha producido la eutanasia, el médico tendrá cuatro días para enviar la documentación necesaria a la Comisión Federal de Control y Evaluación¹⁵⁵.

3. Suiza

En Suiza la eutanasia es un delito, pero no el auxilio al suicidio desde 2006, por lo tanto, es legal cuando una persona ofrece los medios necesarios para poner fin a la vida del enfermo. Por el contrario, existe reprobación penal cuando un médico suministra a un paciente una inyección letal a petición del paciente. Se permite a personas no sanitarias realizar el suicidio asistido, como pueden ser las organizaciones no gubernamentales.

El suicidio asistido está permitido en supuestos de personas mayores con una enfermedad grave e incurable a corto plazo. Para poder llevar a cabo la conducta eutanásica es necesaria una petición seria y reiterada de poner fin a su vida. La persona que lleve a cabo esta actuación debe hacerlo de manera altruista, es decir no pueden hacerlo por motivos económicos o personales¹⁵⁶. Cada situación debe ser estudiada con anterioridad por una Comisión Ética, analizará la situación del enfermo y comprobará que se cumplen una serie de criterios, como son el carácter incurable o mortal de la enfermedad, la capacidad de discernir del afectado y la insistencia en la petición por parte del paciente. Del mismo modo el enfermo previamente habrá sido sometido a los cuidados paliativos¹⁵⁷.

¹⁵³ Artículo 3.1 de la Ley Belga: “El médico que practica una eutanasia no comete infracción si se ha asegurado de que: - el paciente se encuentre en una situación médica sin salida y padezca un sufrimiento físico y psíquico constante e insuperable que no pueda ser aliviado y que resulte de una afección accidental o patológica grave e incurable”; Parejo Guzmán, M^a José., *La eutanasia ¿un derecho?*, cit. pág.43.

¹⁵⁴ Rey Martínez, F., “El debate de la eutanasia y el suicidio asistido en perspectiva comparada. Garantías de procedimiento a tener en cuenta ante su eventual despenalización en España” cit. págs.123-124

¹⁵⁵ Simon Lorda, P. y Barrio Cantalejo., “La eutanasia en Bélgica”, *Revista española de Salud Pública*, vol.86, N°1, Madrid, 2012, pág. 10.

¹⁵⁶ Vila-Coro, M^a.D., *La bioética en la encrucijada*, cit, pág.222.

¹⁵⁷ Núñez Paz, M.A., *La buena muerte*, cit. págs.183-184.

Existen varias asociaciones, Exit, creada en 1982, y Dignitas, en 1998¹⁵⁸. Cuando estas reciben una solicitud, analizan si la persona cumple con los requisitos necesarios que anteriormente hemos nombrado. Si finalmente la asociación confirma que si los reúne deberá ponerse en contacto con la Policía para que compruebe que efectivamente se está llevando a cabo la situación de manera legal. Lo más importante es que el enfermo debe ejercitar la última acción, y con ella su muerte. Se le proporciona una solución de 10 gramos de pentobarbital de sodio, mezclada con zumo que el paciente debe poder beberse por sí solo. Si esta situación no se produjera de esta forma estaríamos ante una conducta eutanásica no un suicidio asistido y, por lo tanto, penado en Suiza. Existe una diferencia entre ambas asociaciones, en el caso de Exit solo asiste a nacionales o residentes suizos. Por el contrato, Dignitas lo hace también para extranjeros¹⁵⁹.

4. Alemania

En Alemania el término de eutanasia puede venir acompañada de recuerdos a lo largo de su historia, dado que Hitler la utilizó para poder asesinar a personas con enfermedades mentales, minusválidos¹⁶⁰. En primer lugar, haremos referencia a la conducta eutanásica pasiva, es aquella que produce la muerte mediante la renuncia a una operación o al sometimiento a tratamientos. Al igual que sucede con la regulación española tiene preferencia la voluntad del paciente, por lo tanto, si el enfermo no quiere continuar con el tratamiento no podemos continuar con él. El supuesto clásico es la desconexión de los aparatos que están prolongando su vida artificialmente. En este sentido existe una sentencia del Tribunal Supremo Federal por la cual; “No hay una obligación jurídica de mantener a cualquier precio una vida que se extingue. Las medidas que alargan la vida no son imprescindibles por el hecho de ser tecnológicamente posibles. Por lo tanto, la frontera del deber de tratamiento médico en la decisión del caso concreto no se determina con la eficacia de los artificios, sino con el respeto a la vida y a la dignidad de las personas”¹⁶¹.

¹⁵⁸ Sábada, J., “Eutanasia y ética” en *Pensar el final: La eutanasia*; Montiel Llorente, L., y García Alonso, M., (eds.), Madrid, Complutense S.A. 2007, pág.34.

¹⁵⁹ Molero Martín-Salas, M^a del Pilar., *La libertad de disponer de la propia vida desde la perspectiva constitucional*, Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2014, págs.241-242.

¹⁶⁰ Müller, T., y Beddies, T., “Eutanasia y eugenesia en la Alemania de Weimar y el Tercer Reich” en *Pensar el final: La eutanasia*, cit, págs.85-86.

¹⁶¹ Roxin., Claus., “Tratamiento jurídico-penal de la eutanasia”, en *Eutanasia y suicidio*, cit. págs.12-17.

Se considera que la ayuda a morir pasiva se refiere a aquellos comportamientos en que se renuncia a un tratamiento que prolongue la vida o ya iniciado. El Proyecto alternativo de la Ley reguladora de ayuda a morir (*Aternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe*) justifica la eutanasia pasiva y como consecuencia la supresión de medidas instrumentales de enfermos terminales con pronóstico terminal¹⁶². En su artículo 214.1. 1º se establece “Quien interrumpe u omite medidas para conservar la vida no actúa antijurídicamente cuando el afectado lo solicita expresa y seriamente”. Del mismo modo, en el artículo 214.1. 2º se permite la interrupción en el caso de la pérdida irreversible de conciencia siempre acompañado del criterio del médico incluyendo a los recién nacidos con graves deficiencias. En este supuesto, es necesario que se constate que sufren una lesión irreversible y que no conseguirá la percepción ni la comunicación. Finalmente, en el artículo 214.1. 3º se refiere a aquellas personas que se encuentran en un estado de semi-inconsciencia o que no son capaces de manifestar su voluntad¹⁶³.

Sin embargo, en Alemania es punible el homicidio a petición equiparable a la eutanasia activa, pero no está castigada ni la cooperación necesaria ni la inducción¹⁶⁴. Regulado en el artículo 216 del StGB, establece; “Será castigado con la pena de prisión de seis meses a cinco años quien cometa un homicidio a solicitud expresa y seria de quien no quiere vivir más”. Por lo que si atendemos a la literalidad del artículo no es suficiente con el consentimiento, sino que es necesario una petición seria, expresa e inequívoca de la víctima, al igual que sucede en ordenamiento jurídico español¹⁶⁵. La razón por la que se tipifica el homicidio consentido no es por la protección de la vida del enfermo sino de hacerlo frente a la acción de terceros, dado que si la decisión de morir es únicamente del paciente toda la ayuda que le sea prestada por parte de terceros no será considerado como punible. Sin embargo, cuando la decisión esté en manos de terceros es cuando estaríamos hablando de un homicidio a petición y por lo tanto una conducta punible.

El homicidio a petición está tipificado como delito, no depende de la razonabilidad de los hechos sino de si se lleva a cabo de propia mano o con ayuda de terceros. El homicidio a petición constituye la eliminación de una vida ajena, por lo tanto, entra en valoración la vida,

¹⁶² Toledano Toledano, J.R., *Límites penales a la disponibilidad de la propia vida: el debate en España*, Barcelona, Atelier, 1999, págs.249-250.

¹⁶³ Núñez Paz, M.A., *La buena muerte*, cit. págs.178-180.

¹⁶⁴ Escudero García-Calderón, B., “Sobre la disponibilidad de la vida” en *Estudios penales en homenaje a Enrique Gimbernat*, Tomo II; García Valdés, C., Cuerda Riezu, A., Martínez Escamilla, M., Alcácer Guirao R., y Valle Mariscal de Gante, M., (coords.), Madrid, Edisofer, S.L.2008, pág.1959.

¹⁶⁵ Álvarez Gálvez, I., *La eutanasia voluntaria autónoma*, cit. págs. 227-228.

la integridad física y el derecho a la libertad. Aquellos que defienden la punibilidad del homicidio a petición consideran la vida como un bien intransferible y por ello excluye que alguien pueda disponer de la vida ajena. Sin embargo, el elemento que diferencia el suicidio y el homicidio a petición es que este último se produce una división de tareas para conseguir la muerte del enfermo. En los supuestos en los que se produce dicha división para llevar a cabo la ejecución del delito, son las figuras de la inducción y auxilio¹⁶⁶.

5. Italia

Finalmente, al analizar la conducta eutanásica en Italia nos tenemos que fijar en el artículo 579 del Código Penal Italiano, en el que se dispone; “El que causare la muerte de un hombre, con el consentimiento de éste, será castigado con la pena de prisión de seis a quince años”. Ante esta situación no podrá ser válido el consentimiento si el hecho cometido es contra una persona menor de dieciocho años, una persona enferma mental o que se encuentre en condiciones de deficiencia psíquica por alguna otra enfermedad o por el abuso de bebidas alcohólicas, o contra una persona cuyo consentimiento ha sido obtenido con violencia, amenaza, sugestión o engaño¹⁶⁷.

En Italia es admitida la eutanasia indirecta y la eutanasia pasiva. La eutanasia activa es rechazada y castigada como homicidio, dado que se considera que se trata de un acto desproporcionado que no tiene en cuenta el respeto por la vida humana¹⁶⁸. De otro modo, la manifestación de la voluntad de la víctima para poner fin a su vida supone que el consentimiento debe proceder del titular de la misma. Este consentimiento puede ser oral o escrito, debe ser real, personal, válido, libre e informado. La falta de algún requisito en el consentimiento conllevará la transformación a un homicidio común¹⁶⁹. Finalmente, en el Código Penal italiano se sanciona las conductas de inducción o auxilio al suicidio regulado en el artículo 580, y con penas equivalentes por homicidio consentido. En el caso de que el enfermo sea un menor de dieciocho años, sea incapaz o con deficiencias mentales se le

¹⁶⁶ Jakobs, G., *Suicidio, eutanasia y derecho penal*, Valencia, Tirant lo Blanch, 1999, págs.41-54.

¹⁶⁷ Toledano Toledano, J.R., *Límites penales a la disponibilidad de la propia vida: el debate en España*, cit, pág.264.

¹⁶⁸ Álvarez Gálvez, I., *La eutanasia voluntaria autónoma*, cit. pág. 232.

¹⁶⁹ Toledano Toledano, J.R., *Límites penales a la disponibilidad de la propia vida: el debate en España*, cit, pág.265.

aplican las penas de un homicidio simple. Mientras que en el caso de la conducta de auxilio o inducción al suicidio solo se producirá una agravación de las penas¹⁷⁰.

IV. CONCLUSIONES

PRIMERA. El término de eutanasia se puede conocer como “buena muerte” asociada a su raíz etimológica, procedentes de las palabras griegas *eu* y *thanatos* que significan bien o bueno y muerte. La Real Academia Española recoge una definición concreta de eutanasia. Sin embargo, cada autor la define atendiendo a sus propias convicciones o creencias. Apreciando las posibles definiciones que pueden existir de ella, se hace muy difícil encontrar un significado preciso y exacto de eutanasia.

SEGUNDA. En la conducta eutanásica el bien jurídico protegido es el derecho fundamental a la vida, regulado en el artículo 15 de la Constitución Española. En nuestro ordenamiento jurídico no existe un derecho a morir como parte del derecho a la vida, no es posible exigir ayuda a los poderes públicos o a terceras personas para morir. En este sentido, se refleja como el titular del derecho a la vida puede poner fin a ella, sin tener ninguna reprobación penal, en cambio, se castigan a terceras personas que ayuden a acabar con su vida.

TERCERA. El derecho a la vida se encuentra estrechamente relacionado con la dignidad de las personas y su autonomía, ya que estas pueden verse mermadas ante diferentes situaciones. Para cualquier intervención médica o tratamiento es necesario el consentimiento informado del paciente. Atendiendo a estas consideraciones, es fundamental que los médicos cumplan con su labor de informar al paciente en todo lo relativo a su salud, para que así este pueda tomar una decisión razonada y libre sobre su situación.

CUARTA. Los numerosos avances técnicos y científicos, que se han ido produciendo a lo largo del tiempo, han supuesto una prolongación artificial de la vida en pacientes que están conectados a respiradores o ventiladores. Estos pacientes tienen el derecho de rechazar estos tratamientos y no continuar conectados a ellos, aunque su retirada produzca su muerte. De manera que ante este tipo de situaciones se debe respetar la voluntad del paciente y desconectarles, debe primar su decisión, aunque esta produzca su muerte.

¹⁷⁰ Núñez Paz, M.A., *La buena muerte*, cit. págs.170-173.

QUINTA. En cuanto al análisis de los elementos del tipo de injusto de la conducta eutanásica regulados en el artículo 143.3 del Código Penal. Se trata de una regulación insuficiente, debido a que la situación en la que se debe encontrar el enfermo es imprecisa. No se deben producir los dos requisitos del artículo, sino que es suficiente con que se padezca uno de ellos, pero no se precisa que enfermedad se considera grave o cuales son padecimientos difíciles de soportar. Se hace necesaria una mayor concreción ante estos conceptos. De la misma manera, no sabemos exactamente lo que significa que la petición debe ser expresa, seria e inequívoca, no se dice si esta debe ser por escrito u oral, la reiteración de esta petición o si es válida una petición anterior, por lo tanto, se podría ampliar la información sobre la petición en la conducta eutanásica.

SEXTA. La necesidad de una petición seria, expresa e inequívoca, es la gran similitud que tienen en común todos los ordenamientos jurídicos independientemente si han despenalizado o no la eutanasia. Del mismo modo, es necesario padecer una enfermedad grave, irreversible, que produzca dolores insoportables, aunque en Bélgica es válida la conducta eutanásica ante padecimientos físicos o psíquicos constantes e insuperables ocasionados por una condición patológica grave e incurable. En cuanto al sujeto activo se encuentra una diferencia entre los países que han despenalizado la eutanasia de los que no, en Holanda y Bélgica solo es el médico, en cambio, en España o Alemania la podrá efectuar tanto el médico como terceras personas, incluso en Suiza son las organizaciones no gubernamentales quienes llevan a cabo el auxilio al suicidio. En aquellos países en los que está permitida la práctica de la eutanasia o del auxilio al suicidio, se hace necesaria una vigilancia por parte de unas Comisiones como sucede en Holanda y Bélgica o por la policía en el caso de Suiza. Observando las diferentes regulaciones que existen, no son tantas las diferencias que se aprecian entre los ordenamientos jurídicos que han despenalizado la eutanasia de los que no lo han hecho.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez Gálvez, Iñigo, *La eutanasia voluntaria autónoma*, Madrid, Dykinson, S.L, 2002.

Ansuátegui Roig, Francisco Javier (coord.), *Problemas de la eutanasia*, Madrid, Dykinson, 1999.

Anxo Fernán-Vello, Miguel (dir.), *La muerte Digna, 10 reflexiones sobre la eutanasia*, A Coruña, Espiral mayor, S.L, 2007

Bajo Fernández, Miguel, “la intervención médica contra la voluntad del paciente”, *Anuario de derecho penal y ciencias penales*, sección de jurisprudencia, Madrid, Ministerio de justicia, servicio de publicaciones, 1948-2004.

Carbonell Mateu, Juan Carlos, González Cussac, José Luis, Orts Berenguer Enrique, (dirs.) y Cuerda Arnau, María Luisa, (coords.), *Constitución, derechos fundamentales y sistema penal*, tomo II; Valencia, Tirant lo Blanch, 2009.

Chueca Rodríguez, Ricardo (dir.), *Dignidad humana y derecho fundamental*, Madrid, centro de estudios políticos y constitucionales, 2015

Chueca Rodríguez, Ricardo, “El marco constitucional del final de la propia vida”, *Revista Española de derecho constitucional*, Nº 85, enero- abril, 2009.

Chueca Rodríguez, Ricardo, “Los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física: el poder de disposición sobre el final de la vida propia”, *XVI Congreso derecho y salud*, Vol.16, 2008.

Díaz Ripollés, José Luís y Muñoz Sánchez, Juan (coords.), *El tratamiento jurídico de la eutanasia, una perspectiva comparada*; Valencia, Tirant lo Blanch, 1996

Gallego Riestra, Sergio, *El derecho del paciente a la autonomía personal y las instrucciones previas: Una nueva realidad legal*, Navarra, Aranzadi, S.A, 2009

García Valdes, Carlos, Cuerda Riezu, Antonio, Martínez Escamilla, Margarita, Alcácer Guirao Rafael, y Valle Mariscal de Gante, Margarita (coords.), *Estudios penales en homenaje a Enrique Gimbernat*, Tomo II; Madrid, Edisofer, S.L.2008,

Germán Zurriarain, Roberto, (coord.), *Cuidar cuando no es posible curar: Los cuidados paliativos. Morir dignamente en un contexto humanizado*, Logroño, Universidad de la Rioja. Servicio de publicaciones, 2011.

Gómez Tomillo, Manuel (dir.), *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad Terminal y la eutanasia*, Madrid, Unión Editorial, S.A. 2008.

González Porras, José Manuel y Méndez González, Fernando Pedro (coords.), *Libro homenaje al profesor Manuel Albaladejo García*, Vol.II, Murcia, Universidad de Murcia, Secretariado de publicaciones e intercambio científico, 2004.

Jakobs, Günter, *Suicidio, eutanasia y derecho penal*, Valencia, Tirant lo Blanch, 1999

Jiménez Sánchez, Enrique, *La eutanasia ante la moral y el derecho*, Sevilla, Universidad de Sevilla, 1999.

Marcos del Cano, Ana María, *La eutanasia: estudio filosófico-jurídico*, Madrid, Marcial Pons, 1999,

Martínez-Torrón, Javier (ed.), *La libertad religiosa y de conciencia ante la justicia constitucional*, Granada, Comares S.L, 1998

Méndez Baiges, Víctor, *Sobre morir*, Madrid, Trotta, 2002

Mendoza Buergo, Blanca (ed), *Autonomía personal y decisiones médicas*, Navarra, Aranzadi. S.A, 2010.

Molero Martín-Salas, M^a del Pilar, *La libertad de disponer de la propia vida desde la perspectiva constitucional*, Madrid, Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2014.

Montiel Llorente, Luís y García Alonso, María (eds.), *Pensar el final: La eutanasia*, Madrid, Complutense S.A. 2007,

Mora Molina, Juan Jesús, *Holanda: entre la vida y la muerte*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2002

Muñoz Conde, Francisco, *Derecho penal parte especial*, Valencia, Tirant lo Blanch, 20^a edición, 2015.

Muñoz Conde, Francisco y García Arán, Mercedes, *Derecho penal, parte general*, Valencia, Tirant lo Blanch, 9^o edición, 2015

- Núñez Paz, Ángel Miguel., *La buena muerte*, Madrid, Tecnos, 2006.
- Parejo Guzmán, M^a José., *La eutanasia ¿un derecho?*, Navarra, Aranzadi S.A. 2005
- Presno Linera, Miguel Ángel (coord.), *Autonomía personal, cuidados paliativos y derecho a la vida*, Asturias, institución de la Procuradora General del Principado de Asturias, 2011
- Ramón Recuero, José, *La eutanasia en la encrucijada. El sentido de la vida y de la muerte*, Madrid, Biblioteca Nueva S.L, 2004
- Requena-Meana, Pablo, “El diagnóstico de la muerte cerebral”, *Revista persona y bioética*, Vol. 13, N°2, julio-diciembre, 2009
- Rodríguez- Arias Vailhen, David, *Una muerte razonable*, Bilbao, Desclee de Brouwer,S.A. 2005
- Roxin, Claus y Morillas Cueva, Lorenzo, *Eutanasia y Suicidio*, Granada, Comares, 2001
- Sánchez-Caro, Javier y Abellán, Fernando (coords.), *Instrucciones previas en España*, Granada, Comares, 2008.
- Silva Sánchez, Jesús-María, *El delito de omisión, concepto y sistema*, Barcelona, Librería Bosch, 1986.
- Simón Lorda, Pablo y Barrio Cantalejo, María Inés, “La eutanasia en Bélgica”, *Revista española de Salud Pública*, vol.86, nº1, Madrid, 2012
- Toledano Toledano, Jesús R., *Límites penales a la disponibilidad de la propia vida: el debate en España*, Barcelona, Atelier, 1999
- Tomás-Valiente Lanuza, Carmen, *La disponibilidad de la propia vida en el Derecho penal*, Madrid, Centro de estudios políticos y constitucionales, 1999.
- Tomás-Valiente Lanuza, Carmen, *La cooperación al suicidio y la eutanasia en el nuevo CP*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2000.
- Tomás-Valiente Lanuza, C., “La regulación de la eutanasia voluntaria en el ordenamiento jurídico español y en el derecho comparado”, *Humanitas, Humanidades médicas*, Vol.I, N°1, enero-marzo 2003.

Torre Díaz, Francisco Javier de la (ed), *Dignidad humana y bioética*, Madrid, publicaciones de la universidad pontificia comillas, 2008.

Vila-Coro, María Dolores, *La bioética en la encrucijada*, Madrid, Dykinson, S.L. 2007

Zamora Calvo, Alicia, “El enfermo terminal y la muerte”, *Revista Bioética y Ciencias de la Salud*, Vol 5, N°2. Sección: opinión, 2002